

# CIRUGIA Y QUIRÚJANOS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO OFICIAL DE LA  
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

TOMO XIX

10

OCTUBRE

1951

Presidente:

DR. LUIS CARRILLO AZCARATE.

Director Permanente de Publicaciones:

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR





Nueva combinación antibiótica...

# Dicrysticina

*Penicilina G Procaína con Penicilina G Potásica Cristalina Amortiguada y  
Sulfato de Dihidroestreptomicina*

Para Inyección Acuosa



Doble ataque antibiótico contra los gérmenes.  
Amplias aplicaciones antibacterianas.  
Eficaz en muchas infecciones resistentes.

**RELATIVAMENTE ATÓXICA** — contiene solamente 0,5 gm. de dihidroestreptomicina por cada 400.000 unidades de penicilina. La proporción relativamente pequeña de dihidroestreptomicina reduce la posibilidad de reacciones tóxicas, sin alterar su eficacia.

*Se recomienda en*

- Profilaxis de las heridas, para evitar contaminación
- Tratamiento de la peritonitis
- Infecciones mixtas crónicas de las vías respiratorias y urogenitales
- Infecciones mixtas de los huesos y tejidos blandos
- Casos apropiados de endocarditis bacteriana.



Frascos que contienen 300,000 unidades de penicilina procaína, 100,000 unidades de penicilina G potásica cristalina amortiguada y 0.5 gm. de sulfato de dihidroestreptomicina. El envase contiene también una ampolla de diluyente.

\*D. CRYSTICINA\* ES UNA MARCA DE E. R. SQUIBB & SONS

**SQUIBB** — a la vanguardia en la investigación y manufactura de la penicilina y la estreptomicina.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MÉDICOS  
REG. NUM. 37789 S. S. A. PROP. NUM. A-1178/51

# NEURINASE

## COMPRIMIDOS Y LIQUIDO

### Fórmula:

#### COMPRIMIDOS:

Dietilmalonilurea sódica .....	0.20 g.
Extracto blando de Valeriana fresca .....	0.05 ..
Lactosa .....	0.13 ..
Por comprimido.	

#### LIQUIDO:

Dietilmalonilurea sódica. ....	3.00 g.
Propanotriol .....	14.00 ..
Extracto fluido estabilizado de Valeriana c.b.p. .	100 cm. <sup>3</sup>
Por comprimido.	

PRESENTACION: En tubos de 22 comprimidos.

En frascos de 100 cm.<sup>3</sup>

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Hipnótico y sedante nervioso.

INDICACIONES GENERALES: Para el tratamiento sintomático del insomnio.

Como auxiliar en la histeria, epilepsia y algunas psicopatías que se manifiestan por estados de excitación.

DOSIS GENERALES: 1 a 4 comprimidos al día, como sedante nervioso.

De 1 a 4 comprimidos al acostarse, como hipnótico.

Tres cucharadas cafeteras al día, como sedante nervioso. De 1 a 4 cucharadas cafeteras al acostarse como hipnótico.

VIA DE ADMINISTRACION: Oral.

Regs. Nos. 10162-1688 S. S. A.

Prop. No. A. F. 69/51.

Hecho en México por

**A. RUEFF y CIA.**

Lucerna 7.

México, D. F.





# INTRACTO de CASTAÑO DE INDIAS 'P'

★ La vitamina 'P'  
en su medio natural

## FLEBOCONSTRICTOR

HEMORROIDES, VARICES,  
FLEBITIS, MANIFESTACIONES  
DE FRAGILIDAD CAPILAR

HECHO EN MEXICO POR,

ESTABLECIMIENTOS MEXICANOS COLLIERE, S.A.  
SEGUN FORMULA DE LOS LABORATORIOS **DAUSSE**

REG. No. 31927 S.S.A.

PROP. No. A-741/50 S.S.A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

# ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO  
1950-1952

Presidente:  
DR. LUIS CARRILLO  
AZCARATE.

Vice-Presidente:  
DR. RAUL ARTURO  
CHAVIRA

Secretario Perpetuo:  
DR. JOSE TORRES TORIJA.

Director Permanente de  
Publicaciones:  
DR. MIGUEL LOPEZ  
ESNAURRIZAR

Secretario Bial:  
DR. JOSE GARCIA  
NORIEGA.

Tesorero:  
DR. DONATO RAMIREZ.

## VOCALES:

1er. Vocal.  
Dr. José Rábago.

2o. Vocal.  
Dr. Miguel Lavallo.

3er. Vocal.  
Dr. Bernardo J. Gastelum.

4o. Vocal.  
Dr. Enrique Peña y de la Peña

5o. Vocal.  
Dr. Adán Velarde

CAJA CON 6 SUPOSITORIOS

## BRONCOTONYL SUPOSITORIOS

Reg. No. 37260 S. S. A.

### Fórmula:

Guayacol .....	0.10 g.
Acido Ascórbico .....	0.10 "
Alcanfor .....	0.05 "
(equivalente a 2000 U.I.)	
Manteca de cacao c. b. p. un supositorio .....	3 "
Acido Acetilsalicílico .....	0.10 "

Dosis: La que el médico señale.

Vía de administración: rectal.

— — —  
Este medicamento es de empleo  
delicado.

— — —  
Hecho en México.

**Laboratorios ALBAMEX, S. A.**

Querétaro No. 28. México, D. F.

# Hormonas Esteroides



*La más alta calidad al más bajo precio.*

## CORTIRON

(Hormona cortical) Amps. 2, 5 y 10  
mg. de acetato de desoxicorticosterona.

## PROLUTON

(Hormona luteínica) Amps. 2, 5 y 10  
mg. de progesterona.

## PROGYNON

(Hormona folicular) Grageas 1,000 y  
10,000 U.I. de estrona (foliculina).

## PROLUTON C.

Pastillas 5, 10 y 25 mg. de pregneni-  
nolona (Anhidro-oxiprogesterona).

## PROGYNON GOTAS.

Frascos 20 cm<sup>3</sup>, 2 y 15 mg. de alfa-  
estradiol (dihidrofoliculina).

## TESTOVIRON

(Hormona masculina) Amps. 5, 10, 25  
y 50 mg. de propionato de testosterona.

## PROGYNON B OLEOSO

Amps. 3,333, 10,000 y 50,000 U.I. de  
benzoato de alfa-estradiol.

## TESTOVIRON, GOTAS.

Frascos de 10 cm<sup>3</sup>, 20 mg. de testos-  
terona libre.

## TESTOVIRON M.

Pastillas 5, 10 y 25 mg. de metil-tes-  
tosterona.



QUIMICA *Schering* MEXICANA.  
Versalles No. 15.

Teléfono 18-13-20

Regs. Nos. 23102, 4167, 23122, 4163, 13913, 23341, 18999, 22907 y  
34955 S. S. A.

Prop. No. A-F1 398/51 S. S. A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS.



# PANTOLU

JARABE

*Terapeutica de la*

## TOS

REG No 35754 S. S. A.

HECHO EN MEXICO

LABORATORIOS *Salus* S. A.

CADIZ N.º 6 COL. ALAMOS

MEXICO, D. F.



### Un estuche para el Cirujano

Los mejores escalpelos y empuñaduras del mundo. En un elegante y compacto estuche, de material plástico; fácil de usar y cumple las rigurosas normas de higiene y estética en los quirófanos mas modernos. Contiene tres empuñaduras distintas y seis docenas de cuchillas en nueve tamaños, según ilustración.

*Swann-Morton*

DISTRIBUIDORES EN  
MEXICO  
H & R MAY  
MADERO No. 72. México, D. F.



Fundado en 1775

Cuanto necesite  
para su  
Consultorio

◆

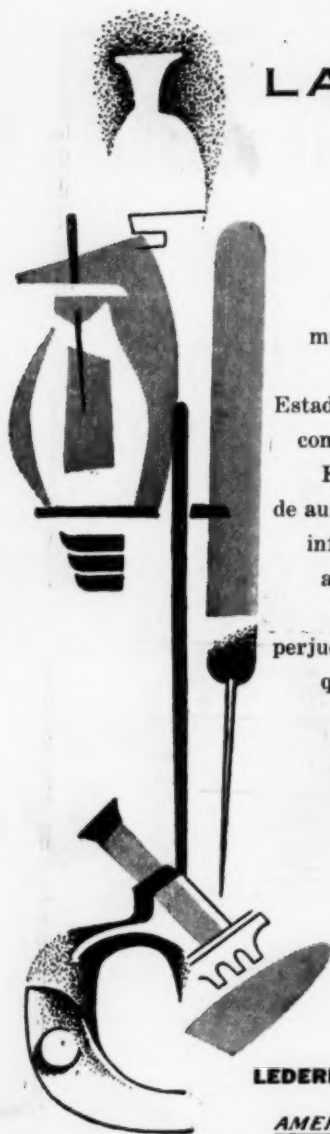
UN COMPLETO SURTIDO EN BAUMANOMETROS,  
ESTETOSCOPIOS, PINZAS DE CIRUGIA, ETC., ETC.

A LOS PRECIOS MAS BAJOS DE MEXICO,  
COMO SIEMPRE EN EL

◆

*Nacional Monte de Piedad*

"Tradición y Confianza"



# LA AUREOMICINA

## y la amibiasis

Parecería que la aureomicina ha resuelto el problema mundial de la lucha contra la amibiasis. Aparte de la gran labor de investigación llevada a cabo en los Estados Unidos en este campo médico, se han dado a luz comunicaciones muy favorables procedentes de Italia, Francia, Brasil, Túnez e Inglaterra. Pequeñas dosis de aureomicina traen consigo la curación de los intestinos infectados; y su efecto inmediato parece ser superior al de cualquier otro amibicida que se conozca. Tiene, además, la ventaja de que no produce efectos perjudiciales en el paciente en sí. Muchos médicos opinan que la aureomicina debe resultar utilísima, no sólo clínicamente, sino para los estados portadores.

*El clorhidrato de aureomicina cristalina Lederle se expende en las siguientes formas para el tratamiento de la amibiasis: cápsulas — frascos de 25 y 100, de 50mg c/u; frascos de 25, de 100mg c/u; frascos de 8, 16 y 100, de 250mg c/u; intravenosa — frascos de 100mg y 500mg; polvo S.Ch.\* (polvo dispersivo saboreado con chocolate) — pomos de 12 y 25 dosis, 50mg por cucharadita (3g)*

\*Marca de fábrica

**LEDERLE LABORATORIES DIVISION**

**AMERICAN *Cyanamid* COMPANY**

30 Rockefeller Plaza, New York 20, N. Y.

Representantes exclusivos en México:

**LABORATORIOS LEDERLE, S. A.**

[es:] Maria Rico No. 418.

México 12. D. F.

Reg. No. 35816 S. S. A.





# S U M A R I O

	Pág.
NOTA CLINICA DE UN CASO DE EXOFTALMUS INTRATABLE POR TIROXICOSIS. — Por el Académico Dr. Mariano Vázquez .....	501
LAS HERNIAS COMO RIESGOS PROFESIONALES. — Por el Académico Dr. Alejandro Castanedo .....	517
COMENTARIO AL TRABAJO "ALGUNOS PROBLEMAS EN LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL" DEL DR. ALBERTO ARANDA DE LA PARRA. — Por el Académico Dr. Conrado Zuckermann .....	535
CUADRO MINIMO DE INSTALACION Y ORGANIZACION HOSPITALARIA EN EL BRASIL. — Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrizar. ....	545
SECUELAS DE LAS TROMBOSIS VENOSAS POSTOPERATORIAS.—Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrizar .....	546
CIRUGIA DEL SIMPATICO EN LAS ALTERACIONES VASCULARES DEL CEREBRO. — Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrizar. ....	548
REVISTA DE PRENSA .....	

Director:

**DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR**

Gerente:

**M. LEON DIAZ**

Jefe de Redacción.

**DR. JOSE RABAGO**

## CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugia.

Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.  
Franquicia especial Oficio núm. 60844 del 2 de octubre de 1937.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,

esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701. México, D. F.

Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar.	Abono anual.	Núms. atrasados.
En México .....	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero .....	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugia de todo el mundo.

Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los respectivos autores.

**Hormona  
córtico - suprarrenal  
pura**

**Percorten**

(Acetato de desoxicorticosterona)

M. R.

**En cirugía:**

Shock quirúrgico y como preventivo del mismo.

Shock post-operatorio.

Trastornos circulatorios en el post-operatorio.

Para prevenir la caída del volumen  
plasmático observada después  
de algunas intervenciones quirúrgicas.

**"Percorten-hidrosoluble":**

como complemento de las infusiones  
gota a gota intravenosas.

**Ciba de México, S. A.**



Regs. Núms. 21985 - 31012 S. S. A.

Literatura exclusiva para médicos.

Reg. Prop. No. FI-128 S. S. A.





# Cirugía y Cirujanos

Organó Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XIX

Octubre 1951.

NUM. 10

## Nota Clínica de un Caso de Exoftalmus Intratable por Tirotoxicosis

*Trabajo reglamentario para la Academia Mexicana de cirujanos del Académico Dr. M. Vázquez.*

Leído el 21 de agosto de 1951.

La comprensión especial y la amabilidad que el Sr. Srio. de esta Academia ha tenido para darme todas las facilidades para disponer del tiempo en la elaboración de este trabajo y mi deseo de expresarle que le reconozco destreza y experiencias particulares en la conducción del tratamiento de los enfermos tiroideos, me inducen, con satisfacción propia a dedicarle esta nota clínica. Le ruego aceptar esta dedicatoria.

-----

Los primeros fenómenos morbosos del sujeto remontan a tres años aproximadamente, antes de estos días. Fueron ellos,

Primero: Signo de Stelwag observado y descrito por la esposa del paciente que en todo manifiesta especial capacidad de observación y claro talento por lo que se puede tener seguridad en la interpretación de numerosos datos que en la actualidad son solo posibles de obtener por interrogatorio.

Segundo: Después de unos meses, serían tal vez cuatro, de existir solo el Stelwag comenzó a aparecer edematoso el párpado superior derecho; a los pocos días el izquierdo y en ambos fué dicho edema, aumentando lenta y continuamente.

Tercero: Por el mes de Noviembre del año de 48 sufrió inesperadamente una hematemesis de abundancia alarmante que obligó a imponer tratamiento y régimen dietético durante un mes encaminados a cicatrizar una supuesta úlcera gástrica que no llegó a confirmarse porque fuera de la hematemesis no hubo otros datos clínicos ni de laboratorio o gabinete que pusieran sobre la pista cierta de tal úlcera.

Estas medidas terapéuticas dieron lugar a que el paciente se recuperara notablemente en ese mes de reposo al cabo del cual dejó toda dieta y todo tratamiento conservándose algunos meses más en un estado aceptable de salud pero sin que desapareciera ni el Stelwag ni el edema palpebral que antes bien se agregó de una ligera propulsión del ojo derecho.

Un encuentro fortuito con un médico que le dijo tener apariencia de enfermo de bocio lo hizo venir a México en donde se comenzó a administrar tiuracilo iniciándose esto en Marzo de 49.

En Agosto de 49 sufrió un accidente automovilístico en el que se produjo sobre la región frontal un poco arriba de la órbita derecha, un traumatismo craneano no grave pero que dió lugar al desencadenamiento violento de un conjunto de fenómenos consistentes en

Primero: Un estado de profundo choque emotivo caracterizado por crisis angustiosas y una labilidad mental marcada por momentos.

Segundo: El edema palpebral se acentuó considerablemente en el párpado superior derecho y se acompañó de salida ya franca del ojo hacia adelante. Lo mismo aunque en menores proporciones sucedió en el párpado y ojo izquierdos.

Cuarto: Comenzó entonces diarrea muy fluida, abundante, tres o cuatro en un día, a veces una.

Quinto: Fatiga fácil.

Sexto: Taquicardia apreciable para el paciente.

Séptimo: Temblor fino y rápido de las manos que en ocasiones se hacía sentir en todo el cuerpo.

Octavo: Cefáleas tenaces de mediana intensidad.

Noveno: Todo esto que hizo olvidar el tiouracilo, vino acompañado en aparente relación de causa a efecto de una pérdida considerable de peso y de todo el bienestar que había ganado el sujeto durante el mes

#### EXOFTALMUS POR TIROTOXICOSIS

de reposo y tratamiento de aquella supuesta úlcera gástrica de que ya se hizo mención.

El exoftalmus crecía sobre todo en el ojo derecho comenzando a presentarse la eversión del fondo de saco conjuntival que tenía ya aspecto de una verdadera hernia lo que dió lugar a que en esos momentos se hiciera un intento de reducirla presionándola con un estilete naturalmente con gran molestia del enfermo.

La violencia de propulsión de los ojos y particularmente del derecho y el aumento de los párpados por el edema, motivaron otros intentos de reducción mediante la aplicación de Rayos X sobre la región temporo-frontal y después hubo la idea de atacar operatoriamente, cosa que fué propuesta al paciente sin que él ni su Sra. esposa supieran de qué tipo habría de ser dicha intervención. Hay de esos días una cifra de metabolismo basal que si bien ha sido dada como alta, se desconoce exactamente y en este sentido cabe decir que poco caso se hizo de estudios de esta naturaleza. Fué entonces consultado otro facultativo que propuso aplicar cortisona con lo que esperaba con mucha seguridad reducir el exoftalmus y curar el bocio.

Esto comenzó en Noviembre de 1950 instilando gotas de dicha cortisona a los ojos. Como no se vió resultado alguno siguió la aplicación parenteral de dos centímetros cúbicos cada seis horas día y noche combinada con A. C. T. H. y Penicilina. En vista de la ineficacia de tal manera de proceder se aumentó la dosis a 6 c.c. cada 12 horas y posteriormente esta misma cantidad cada cuatro horas sin resultado apreciable por lo que en una situación ya fuertemente apremiante, pues el exoftalmus crecía desesperadamente se resolvió inyectar la cortisona en los ojos subconjuntival y retroocular lo que se puso en práctica 3 veces para el derecho que era el más propulsado.

Pareció reducirse ligeramente la salida del ojo dando lugar a una esperanza por lo que se tomó la resolución de poner como testimonio al tiempo suspendiendo la cortisona y siendo entonces posible ver cómo el exoftalmus tuvo un avance rápido en ambos ojos pero siempre predominando en el derecho comenzando entonces a no alcanzar ya el párpado superior a cubrir la córnea lo que motivó que se iniciara un desecamiento del sector que quedaba descubierto y un proceso ulcerativo de rápido

avance. Es decir se había constituido el cuadro conocido como lagofthalmus.

Este tratamiento de cortisona duró aproximadamente tres meses en los cuales el sujeto empeoró extraordinariamente no solo del exoftalmus sino de todos los fenómenos componentes del cuadro habiendo sido en los primeros días de Febrero del año que corre cuando se me llamó para atenderlo.

La situación en esos días estaba conformada por los siguientes datos:

Primero: Sujeto encamado, no muy enflaquecido pero sí muy debilitado muy pálido, manos frías y temblorosas, voz muy apagada, la alcoba en que se encontraba había sido semioscurecida y además llevaba colocadas unas gafas que le ocultaban completamente los ojos aunque se advertía que estaban apoyadas sobre la nariz no en la raíz sino más abajo y adelante.

Segundo: Pulso de 150 por minuto T. M. 95 T. Min. 65.

Tercero: Respiración ligeramente superficial de 28 por minuto.

Cuarto: Temperatura 37.2 en la axila.

Quinto: Temblor rápido de pequeñas oscilaciones muy apreciables en las manos.

Sexto: Ruidos cardíacos poco perceptibles con la frecuencia indicada.

Séptimo: Al retirar las gafas se descubre lagofthalmus en el ojo derecho muy marcado; poco menor en el izquierdo.

El primero en su extrema posición hacia adelante solo alcanzaba a ser cubierto por el párpado superior en las dos terceras partes de la córnea aproximadamente quedando sin protección la tercera parte inferior y en este segmento se apreciaba un proceso ulcerativo que ya según la opinión de los oculistas que atendían al paciente, amenazaba seriamente con hacerse perforante. La gran infiltración edematosa de ambos párpados sobre todo en el superior derecho, los mantenía lisos, tensos y rígidos sobresaliendo del borde orbitario superior a un grado extremo. En la porción correspondiente al párpado inferior derecho, este había sido rechazado fuertemente hacia abajo por una gran masa de conjuntiva que estaba totalmente fuera de lugar, deformada por el hinchamiento exagerado, roja y brillante. En el izquierdo había ocurrido algo parecido aunque en menor grado.

## EXOFTALMUS POR TIROTOXICOSIS

Había además sobre la superficie de la córnea y de la conjuntiva algunos depósitos de una substancia grasienta de color amarillo ligero que se producía en las glándulas del borde de los párpados. El lagrimeo era constante y como se había perdido completamente el surco formado por el fondo de saco conjuntival inferior que conduce la lágrima por medio del parpadeo que también faltaba, de la glándula hacia el saco escurría libremente por el ángulo externo de la comisura palpebral obligando al sujeto a estar limpiando constantemente pues se deslizaba de manera ininterrumpida, sobre la mejilla.

En el ojo izquierdo había detalles iguales aunque de mucho menores proporciones como se ha dicho ya, lo cual no había impedido sin embargo que comenzara también a desarrollarse el proceso de ulceración de la córnea por falta de protección del párpado superior que comenzaba también a no alcanzar ya a cubrir convenientemente al ojo dada la propulsión que había establecido el lagofthalmus.

Octavo: En el aparato digestivo anorexia y aun se presentaban aunque no diariamente sino de manera esporádica las diarreas antes anotadas.

Noveno: La situación desde el punto de vista psicológico se caracterizaba por un desasosiego e inquietud rayana en miedo por momentos; esto fué precisamente lo que indujo a esperar tanto tiempo no obstante lo peligroso del estado de los ojos particularmente en los últimos meses fundándose además en la esperanza de ver mejorar el cuadro con el tratamiento por cortisona.

Décimo: Insomnio.

El día 7 de Febrero del año en curso fué internado en el Hospital Francés comenzando por hacer un estudio de metabolismo cuya cifra hacía algunos meses no se conocía. En esta ocasión se obtuvo la de más 39 no obstante haber estado sometido a un nuevo tratamiento con tiouracilo recientemente antes de la fecha indicada.

Se impusieron las medidas de rigor por cuanto se refiere a aislamiento y quietud y se comenzó a administrar líquido yodo-yodurado de Lugol en cantidad de quince gotas tres veces en doce horas.

El día de su internamiento llevaba ya un vendaje que sostenía un apósito sobre el ojo derecho como medida restrictiva sobre el exoftalmus

y con un tópicó para la úlcera de la córnea. Dicho apósito sin embargo producía una irritación sobre el ojo no obstante estar preparado convenientemente con un tópicó lubricante y protector, que mantenía en constante sufrimiento al paciente por lo que al segundo día fué retirado dejando el ojo a su suerte pues la úlcera progresaba por sobre todas las precauciones de los oculistas.

El haber retirado el apósito evitando la irritación sobre el ojo dió lugar a que el sujeto comenzara a tener cierta tranquilidad que le permitió conciliar el sueño por algunos ratos, reparándose con esto de manera apreciable.

Avanzando el tratamiento yodo-yodurado se fué instalando una mejoría progresiva que se ratificó a los quince días por el resultado de un segundo metabolismo que de más 39 inicialmente bajó a más 20. El pulso de 150 descendió a 120 mejorando ligeramente las condiciones de tensión sanguínea 105 Max. 70 Min. Una ligera deficiencia en el filtrado renal fué corregida con un diurético mercurial y el día 22 del mes de Febrero se llevó al paciente al anfiteatro de operaciones y con anestesia endotraqueal de ciclopropano inducido con pentotal se practicó la operación de Naffziger empleando una vía de acceso especial para cada órbita. Se hizo esto así para procurar dar mayor espacio de desalojamiento a la grasa retroocular destruyendo con la gubia no solo la pared superior o techo de la órbita sino parte también de la pared externa.

Los pasos en dicha operación fueron seguidos en la forma siguiente:

Primero: Insición de piel partiendo de la apófisis orbitaria del malar hacia arriba, incurbándola en ángulo recto hasta cuatro centímetros del punto de partida para dirigirla hacia atrás paralelamente a la dirección de la línea sagital alcanzando en el extremo opuesto una distancia de cinco centímetros de la porción vertical primitiva. Esta insición llegó hasta el hueso dividiendo a su paso en el primer tramo vertical al temporal en su borde anterior, en la dirección de sus fibras: en el segundo tramo horizontal alcanza a las últimas fibras de inserción y las cruza transversalmente.

Segundo: Con la legra se ha hecho un despegamiento del colgajo resultante dejando al desnudo la parte correspondiente del parietal y del es-



fenoides y quedando dicho colgajo rechazado y separado fuertemente por un gancho separador automático.

Tercero: Agujero de trépano y a través de él ampliación con la gu-bia que tiende a abrir la brecha lo más bajo posible para caer al interior de la cavidad craneana en el sitio donde se reúnen las paredes superior y externa de la cavidad orbitaria.

Cuarto: Con separadores rígidos levantamiento del lóbulo frontal se-parando la meninge que lo envuelve, del techo orbitario.

Quinto: destrucción parcial de la pared externa y total de la supe-rior de la órbita y puesta al descubierto del saco formado por el perio-oste orbitario amarillento, fuerte, de forma de bolillo de tambor.

Sexto: Insición en T de este periostio pasando el brazo corto pa-ralelamente al borde superior de la órbita en la parte más anterior de la pérdida del techo orbitario y el brazo largo corre hacia atrás sobre dicho a saco hasta el anillo de Zinn.

La sola apertura del saco da salida a la grasa retroocular que irrum-pe del interior por su propia presión desplazándose hacia arriba dentro de la cavidad craneana a través de la brecha ósea abierta sobre el techo orbitario.

Séptimo: Reposición del colgajo de tejidos blandos y sutura por pla-nos dejando la ventana ósea sin reparación protésica para garantizar más la descompresión que pudiera verse comprometida por aumento fortuito de tensión cerebral la cual en todo caso tiene manera de desalojamiento por dicha ventana.

La reducción del exoftalmus obtenida por la intervención fué natu-ralmente inmediata y con ello se logró que los párpados superiores cubrie-ran en el lado izquierdo todo el ojo incluso adosándose el borde del pár-pado superior, aunque fuese un poco imperfectamente por la hipertrofia de las glándulas del borde, con el inferior. En el ojo derecho se pudo cu-brir completamente la córnea aunque quedó fuera, y esto aun hasta la fecha, la conjuntiva que en estado normal formaba el fondo de saco in-ferior.

La protección de los párpados sobre las córneas trajo la humidifica-ción a pesar de la gran pérdida de lágrima por falta de canal que la con-dujera normalmente como se ha dicho y la reparación de las pérdidas por

ulceración de las córneas se produjo en doce días completa para el ojo izquierdo y en 21 para el ojo derecho.

Durante la intervención y posteriormente se presentaron algunas particularidades que posiblemente tuvieran un interés en ser anotadas. Muestro el registro del anestesista Dr. Reyes Retana para ilustrar tales particularidades que por otra parte me permito sin comentario dejar a la consideración de los Sres. Académicos.

El paciente llegó a la sala de operaciones con 120 pulsaciones por minuto. En la curva se aprecian algunas variaciones en el pulso relativamente a su frecuencia pero hay dos que por la rapidez con que se produjeron llamaron la atención del anestesista y así lo hizo notar en el mismo momento en que se presentaron. Una de estas variaciones consistió en que después de permanecer un poco por arriba de 100 se levantó bruscamente hasta 120 en donde se mantuvo un instante para descender de inmediato violentamente hasta muy cerca de 100 otra vez y luego continuar descendiendo hasta 95.

Esta primera variación al subir y descender de inmediato la frecuencia del pulso, coincidió justamente con la descompresión de la grasa retroocular de la órbita.

Durante las maniobras de reposición y sutura de planos de tejidos blandos continuó el descenso hasta llegar como se ha dicho a 95 para de ahí volver a ascender mientras se hacía el cambio de posición para atacar el lado izquierdo alcanzando otra vez 120 pulsaciones por minuto cuando se iniciaron las maniobras sobre los elementos huesosos para abrir la brecha al interior de la cavidad craneana.

La descompresión de la órbita derecha coincidió también exactamente con un brusco descenso de la frecuencia del pulso que de 120 bajó a 105; poco después, durante las maniobras de reposición y sutura de planos de tejidos blandos continuó un descenso ligero para mostrar una elevación durante el despertar y la desintubación que alcanzó a 140, cosa que por otra parte ocurre habitualmente, para después descender notablemente de manera que al llegar a su cama el paciente tenía 84 pulsaciones por minuto.

Es de notar que ya para todos los días posteriores se mantuvo constantemente esa frecuencia de manera que al llegar a la segunda interven-



ción 13 días después, el paciente continuaba teniendo 84 pulsaciones por minuto, no llegando en todo el curso de la tiroidectomía a alcanzar más de 103.

Además de haber obtenido una mejoría rápida y segura sobre la situación que guardaban ambos ojos, la convalecencia de esta primera intervención fué de lo mejor. El paciente comenzó a alimentarse convenientemente muy poco tiempo después de operado: prácticamente al día siguiente tomaba ya alimentos en cantidad apreciable solicitándolos él mismo. La recuperación magnífica que este sujeto experimentó con la sola descompresión de los órganos y elementos anatómicos contenidos en la órbita, fué impresionante por la rapidez con que se obtuvo. A los doce días se practicó otro metabolismo basal que dió la cifra de más 9 resolviéndose practicar la tiroidectomía el día 7 de Marzo siguiente o sea trece días después de la primera intervención.

Esta segunda intervención fué posible conducirla de una manera enteramente normal y omitiendo las variaciones del pulso que hubo durante las maniobras quirúrgicas, que en sí mismas por cierto no presentaron nada de extraño, lo que pudo observarse posteriormente fué una firme estabilidad que mantuvo desde ese momento hasta la fecha la frecuencia de 84 pulsaciones por minuto con tensión muy cercana de la normal.

La convalecencia de esta segunda intervención fué en todo normal y en la actualidad, seis meses después de aquellos inquietantes episodios, queda solo un feo aspecto de los ojos de este paciente que aun conserva un grado importante de exoftalmus en el ojo izquierdo y de lagoftalmus en el derecho.

Es evidente, en efecto, el edema del párpado superior en este lado que no obstante puede ya moverse sin esfuerzo para cubrir bien la córnea protegiéndola contra el peligro de la desecación y de la destrucción ulcerativa. La reducción se puede apreciar bien el cambio de aspecto que le da la formación de un pliegue por medio del cual el párpado tiene mayor amplitud de desplazamiento hacia abajo y hacia arriba.

En el borde libre aun hay glándulas hipertróficas pero de menor volumen que el que tenían antes de la primera intervención. La conjuntiva del fondo de saco inferior ha perdido aquella turgencia exagerada para dar lugar a un aplanamiento en la parte central y dos pequeñas bolsas ha-

cia los ángulos de la comisura palpebral, flojas, casi colgantes. Tienen pequeña tensión. La córnea se puede apreciar totalmente cicatrizada, lisa, brillante, y presenta un leucoma de cicatrización, en la porción que fué afectada por la pérdida. En el ojo izquierdo la córnea es normal lo que indica la diferencia en profundidad e importancia del proceso ulcerativo correspondiente a cada ojo.

El lado izquierdo no obstante mantener aun muy hipertróficas las glándulas del borde del párpado superior no puede estar en mejores condiciones según podrá apreciarse en la ilustración correspondiente.

Queda aun el lagrimeo muy acentuado en el lado derecho; poco menor en el izquierdo. La lágrima escurre y se desliza sobre la mejilla hacia abajo directamente o hacia atrás según la posición de pié o acostado que el sujeto adopte.

Es indudable la ventaja que desde los puntos de vista local de los ojos, de las funciones de los diferentes aparatos y sistemas atacados por la intoxicación tiriodea y del estado general del paciente, pudo obtenerse mediante la aplicación de las diversas medidas terapéuticas que se emplearon en este caso. Sin embargo queda un gran problema que aunque puede reducirse a un problema de estética no deja por esto de presentar todo el aspecto de una verdadera invalidez desde el punto de vista social.

Es la fea apariencia de los ojos que no obstante el tiempo transcurrido persiste a grado tal que ciertamente, si se puede tener seguridad en la buena conservación de todos los elementos anatómicos contenidos dentro de la órbita, aun está muy lejos para poder ser considerada como normal.

Esta falta de estética que le da al párpado superior izquierdo la hipertrofia de las glándulas de su borde y la otra mayor y más desagradable, del fondo de saco conjuntival inferior derecho, evertido hacia adelante, con su superficie enrojecida, el escurrimiento constante de lágrima etc. son elementos que por sí mismos constituyen una invalidez. El sujeto debe sentirse incómodo y molesto en cualquier reunión y lo que es más habrá, de encontrar graves obstáculos para ganarse la vida a menos de hacer actividades privadas lejos del trato con la sociedad en que vive, cosa que hará difícil incuestionablemente su situación.

La persistencia del exoftalmus en los individuos tiroidectomizados es de regla. Para la condición actual de los conocimientos sobre estas cues-

## EXOFTALMUS POR TIROTOXICOSIS

tiones, no es ya de ninguna manera ignorado el mecanismo de tal estado por lo menos en sus aspectos fundamentales y para su esclarecimiento no cabe duda que contribuyó en manera cierta la identificación de los mecanismos del enoftalmus, estado contrario al exoftalmus y el cual fué descrito como elemento de un cuadro resultante de la parálisis o inhibición del simpático cervical y particularmente del ganglio estrellado. Este cuadro fué inicialmente constituido por el enoftalmus, miosis y estrechez de la hendidura palpebral: síndrome de Horner completado después por numerosos otros detalles. El exoftalmus por su parte resulta ser una manifestación clínica de la irritación del simpático cervical lo cual se ha comprobado numerosas ocasiones en el hombre con la precisión de una experiencia de fisiología.

L. R. Mueller describe en su obra "Sistema Nervioso Simpático" una experiencia de G. Fischer quien a los diez minutos de guillotinado un sujeto provocó por medio de la faradización del simpático cervical, midriasis, ampliación de la hendidura palpebral y exoftalmus y lagrimeo.

El hecho de establecerse en el intoxicado tiroideo una hipersimpatocotonía generalizada da razón suficiente del mecanismo del exoftalmus que tiene como elementos productores inmediatos la contracción hipertónica del músculo orbitario de Mueller y la infiltración edematosa de la grasa retroocular por los trastornos de vasomovilidad que darían lugar en último término a la extravasación de plasma sanguíneo en cantidades anormales.

Consecuentemente con estas ideas tomando en consideración como primer elemento para la producción del exoftalmus la disfunción tiroidea, es lógica por ser fisiológica la terapéutica que tiende a disminuir dicha intoxicación se trate de medidas de orden-médico o quirúrgico. Esta terapéutica es en la actualidad muy bien arreglada; sus resultados son en la casi totalidad de casos, satisfactorios desde el punto de vista de la reintegración a la normalidad de todas las funciones exageradas patológicamente por la tirototoxicosis. Todas sin excepción en la mayor parte de los casos vuelven a sus condiciones habituales de equilibrio y regularidad menos el exoftalmus.

Si en la forma de tratamiento seguida para este paciente se ha podido reducir dicho estado no es posible decir que de alguna manera se hu-

biera ejercido alguna acción sobre los mecanismos esenciales de producción.

El pensamiento que sirve de base es elemental y de ninguna manera fisiológico: Tal pensamiento quedaría formulado diciendo: Si uno o varios cuerpos están sometidos a una presión exagerada dentro de una cavidad de paredes rígidas, quitemos una de estas paredes ampliando así la cavidad y los cuerpos en ella contenidos encontrando nuevo espacio se desalojarán con lo que bajará la tensión a la cual estaban sometidos.

Esto es lo que se hace con la operación de Naffziger que indiscutiblemente es grande recurso para la conservación de las estructuras anatómicas contenidas en la órbita incluso naturalmente el ojo cuya importancia no es para ser comentada. Perc realmente acción sobre el estado de contractura del músculo de Mueller o sobre la infiltración edematosa de la grasa retroocular no habría más que la de suprimir la causa y sin embargo hecho esto por los tratamientos sobre la tiroides aun persisten tanto uno como otro de éstos factores, en ocasiones muy frecuentes, iguales a como eran antes de suprimir dicha causa.

Compréndese que este es el problema real para los casos de exoftalmus intratable en los que no se logra como en los de exoftalmus común la recuperación y la reintegración completa del paciente a sus labores habituales. Además es el único problema que queda después de una jornada que muchas veces fué pesada y fuerte.

Hyman (*An Integrated Practice of Medicine*) aun aconseja al práctico la necesidad de advertir a su paciente de que cualquiera que pudiera ser el procedimiento terapéutico a que se le someta, el exoftalmus se reducirá poco o no se reducirá e indica para los casos como el que ha sido objeto de líneas, la cirugía plástica u otros procedimientos "más formidables" como el mismo los califica entre los que se encontraría la extirpación del estelar y la operación de Naffziger no solo para dar salida a la grasa retroocular sino aun para quitar parte de ella.

Ciertamente lo más cercano a una acción fisiológica, después de suprimir la intoxicación tiroidea que ya hemos visto que no ha servido, es la estelectomía; esta intervención entra en el grupo de aquellas que han sido denominadas operaciones funcionales porque aunque implican una mutilación ésta no es advertible y obra a distancia por la supresión del simpá-

tico, desgastador de la estructura celulares y predominancia del parasimpático, reparador de dichas estructuras.

No he practicado hasta la fecha la estelectomía con este fin y por tanto no tengo experiencia en sus resultados; el estado del paciente creo que justifique llevarla a cabo tanto más cuanto que es una intervención que no tiene porqué poner en peligro al enfermo de ningún punto de vista.

Los oculistas emplean algunos dispositivos para valorar el exoftalmus. He conocido dos de ellos y el que me parece más ingenioso y desde luego más exacto es el de Hertel que Fuchs recomienda usar en su obra "Tratado de Oftalmología de Fuchs-Salzman".

En esta misma obra se asienta que el ojo normal debe tener una relación con los bordes de la órbita que es determinada por una línea que une en su mitad los bordes superior e inferior y pasa tangente al globo sobre la córnea teniendo los párpados cerrados.

La cifra media normal para la posición del ojo dentro de la órbita con el aparato de Hertel es de 14. La variación de la posición de los ojos en el sentido anteroposterior da lugar a que esta cifra pueda variar dentro de los límites 14 a 18. Estas cifras expresan milímetros.

Antes de operarse este sujeto por razones que no son del caso mencionar, no se pudo valorar el exoftalmus pero ahora hace aproximadamente dos meses tenía 34 milímetros para el ojo derecho y 28 para el izquierdo. En estos últimos días estos valores han bajado a 29 para el derecho y 26 para el izquierdo. ¿Qué Debe esperarse más tiempo? O debe procederse a echar mano de otros procedimientos para acelerar en todo caso la reducción de manera de ponerlo en condiciones de hacer actividades que por su situación ahora le están prácticamente impedidas?

Se podrá apreciar el aspecto de unos ojos exoftálmicos que no impedirían para nada en ningún sentido y que sus valores son 18 y medio el izquierdo y 21 el derecho.

El interés de situaciones como la que se ha presentado en este trabajo no puede derivarse completo, del caso mismo aunque el clínico nunca estará justificado en omitir cuidados y recursos para cada paciente por raro o excepcional que pueda parecer su padecimiento.

En efecto casos como este son en verdad excepcionales pero se imponen con tremenda severidad aun sabiendo que se puede echar mano de al-

gunas medidas que, ya por sí mismo un clínico, o remitiendo al paciente a otras manos, pueden tener resultados más o menos favorable.

En una reimpresión de una conferencia de Lahey originalmente aparecida en el *New England Journal of Medicine* (Volumen. 236. Número 2. Enero 9 de 1947) este cirujano hizo referencia a estos mismos diciendo: "Siempre he tenido interés en presentar algunas de mis experiencias en relación con el exoftalmus intratable siendo seguro de que excepción hecha de un grupo de personas que tratan constantemente enfermos de tiroides, hay muchos hombres que pueden pasar toda una vida de médicos sin ver un solo caso. Sin embargo un día puede llegar en que se presente un paciente con exoftalmus intratable y debe estarse advertido de que en breve tiempo tal paciente puede perder sus ojos como se ha visto ya en ocasiones". De aquí el interés individual del asunto.

Pero hay otro punto de vista evidentemente del que se deduce la necesidad de prestar pronta y eficaz atención a los pacientes de bocio dado que nadie podrá prever que el obligado acompañante de tal situación se vuelva en un momento dado intratable con todos los peligros que implica este carácter.

No debo terminar sin antes agradecer a los compañeros Fernández McGregor, Arroyo Damián, Benjamín Trillo, Gómez Mont, Rubén Vas-

concelos, Reyes Retana y practicante Guzmán del Hospital Francés, su valiosa colaboración que de una u otra forma me fué impartida por cada uno en las atenciones de este paciente.

#### COMENTARIOS DE LOS SEÑORES ACADEMICOS:

*Dr. Palomino Dena:* Le interesa el caso por el problema frecuente del oculista frente a exoftalmus en los enfermos tiroidectomizados. Refiere varios mecanismos del exoftalmus, y principalmente que al dejar de actuar el tiroides entre varios fenómenos, hay un aumento en el metabolismo del agua que al depositarse entre la grasa reticular empuja al ojo hacia adelante, hasta dejar sin protección la córnea, con las consecuencias naturales a esta situación. Para medir el grado de exoftalmus, se usa el exoftalmómetro, que expresa su medida en milímetros. Se han usado va-



rias técnicas, hasta la empleada por el Doctor Vázquez, para corregir el exoftalmus. Cree que el caso estuvo bien resuelto, por lo que felicita al Doctor Vázquez. *Doctor López Esnaurrizar*: Le parece muy interesante y magistralmente expuesto el caso presentado por el Doctor Vázquez. Opina que no debe olvidarse que en estos enfermos, aún después de la tiroidectomía, persiste la irritación simpática, que es la causa del exoftalmus, por lo que debe dirigirse algún tratamiento en este sentido. *Doctor Sánchez Cordero*: Refiere el caso de un amigo suyo, con un exoftalmus unilateral, que fué a Boston a tratarse y le dijeron que era debido a una perturbación funcional hipofisiaria y que no debía operarse tal tiroides. Le quitaron el techo de la órbita y se mejoró el exoftalmus. *Doctor García Noriega*: Quiere enfatizar lo dicho, en su comentario, que cree que son dos entidades distintas: el exoftalmus de la enfermedad de Graves-Base-Dorr, que se cura o mejora con la tiroidectomía total, y el exoftalmus maligno, de origen hipofisiario, en que el tiroides no tiene nada que ver. Tiene un caso muy demostrativo, que espera traer a la Academia y enseñarlo; el Doctor Puig Solanes, que no acepta la anterior división. *Doctor Flores Espinosa*: Refiere un caso operado en el Pabellón Tres, con tiroidectomía total, en que a pesar de presentarse mixedema no cedió el exoftalmus. A esta enferma se le dió extracto tiroideo, y el exoftalmus sigue igual. *Doctor Castañeda Uribe*: Ha oído hablar de exoftalmus tiroideos y no tiroideos a varios académicos, pero no ha oído de la midriasis, que serviría para diferenciarlos. *Doctor Manzanilla*: Se felicita de que un caso tan bien presentado por el Doctor Vázquez haya traído discusiones tan provechosas. Acepta que hay exoftalmus de predominio simpático, y de predominio de disfunción endócrina. Los estudios endocrinológicos han enseñado que las gonadas obran a través de los esteroides. La excitación producida por el ACTH trae la liberación de tres grupos de esteroides, tanto del grupo oxigenado como del cetónico. Acepta que la tiroidectomía total puede corregir el exoftalmus del hipertiroidismo, por las modificaciones endócrinas sobre la secreción adrenalínica y el tono simpático. Cree que el exoftalmus es debido a un trastorno de osmosis que no tiene que ver con la retención de sodio o de agua, y que no hay ninguna utilidad con el empleo de la Cortisona o el ACTH. *Doctor Alcántara Herrera*: Da a conocer un buen resultado obtenido en un enfermo con

DR. M. VÁZQUEZ

exoftalmus después de tiroidectomía, con el uso de la yoimbina. En su contestación, el *Doctor Mariano Vázquez* dice estar en un predicamento al tener que referirse a comentarios tan plenos de conocimiento y experiencia. Que basado precisamente en la diversidad de opiniones y explicaciones que hay en estos fenómenos, fué que siendo como es un cirujano, presentó escuétamente el caso, con la terapéutica quirúrgica seguida y con los resultados obtenidos.



## Las Hernias como Riesgos Profesionales

*Por el Académico Dr. Alejandro Castanedo.*

### CAPÍTULO 1.

#### ETIOPATOGENIA Y FISIOPATOLOGIA DE LA HERNIA

**INCIDENCIA Y CAUSAS PREDISPONENTES.**—La hernia es una afección muy común según Gosset, las estadísticas ingleses y francesas difieren poco en cuanto a la apreciación de su frecuencia y así Malgaine cita un herniado por cada 14 habitantes.

**SEXO.**—La hernia es más frecuente en el hombre que en la mujer en la proporción de 4 a 1 (Malgaine). Wernher da la proporción de 3 a 1, Macready de 5 a 1, Berger y Monnikoff de 3 a 1.

El sexo influye además en la repartición de los tipos de hernia, así las hernias crurales y umbilicales son proporcionalmente más frecuentes en la mujer que en el hombre.

**EDAD.**—Según Berger la hernia es muy frecuente en el primer año de la vida, disminuye hasta la adolescencia, aumenta en progresión constante en el curso de la edad media de la vida para alcanzar su máxima al principio de la vejez y disminuir en la extrema vejez.

#### CAUSAS PREDISPONENTES

1o.—Herencia.—La noción de la herencia es patente, Malgaine la encuentra 87 veces en 316 observaciones; Berger 2079 veces en 7542 casos, o sea una vez por cada 3.6 casos.

2o.—Profesión.—Las profesiones que exponen a esfuerzos repetidos, bruscos e intensos, aumentan su incidencia.

3o.—Todos los factores que debilitan la pared abdominal y oca-

sinan ptosis de las vísceras contenidas en el abdomen son otras tantas causas predisponentes de hernias; hipoalimentación, caquexias, obesidad, embarazos múltiples.

4o.—También predisponen a ellas, los padecimientos que aumentan constantemente o repetidamente la presión intra-abdominal: afecciones prostáticas uretrales, pulmonares, etc.

La frecuencia específica es, más o menos, tomando en cuenta las estadísticas de Gosset y Petit-Duttallis la siguiente:

Hernia inguinal .....	80%
Hernia crural .....	11%
Hernia umbical .....	7%
Hernia epigástrica .....	1%
Otras variedades .....	1%

NOTA: Debemos sin embargo hacer la anotación siguiente: En nuestra experiencia hospitalaria hemos encontrado como más frecuente, y sobre todo como más frecuentemente estrangulada, la hernia umbical que la crural y sin poder presentar estadística, nos queda sin embargo la impresión de que la hernia umbilical es más frecuente que la crural.

MECANISMO.—En la producción de una hernia intervienen siempre dos clases de factores, unos eficientes y otros determinantes. Siendo lo esencial la causa eficiente, es ella la que da nombre al tipo patológico de hernias y así se han clasificado en:

- I.—Congénitas.
- II.—Adquiridas.

Las causas congénitas quedan constituídas por defectos de desarrollo a nivel de la pared abdominal, como en otras partes del cuerpo las anomalías congénitas son una causa poderosa de debilidad estructural. Estas anomalías pueden ser según Kessler:

1o.—La falta de obliteración del proceso funicular peritoneal, que en el macho precede y acompaña al testículo en su paso de la cavidad abdominal al escroto, y que en la hembra acompaña al ligamento redondo, es causa de hernias que reciben la denominación de hernias con-

génitas verdaderas. De este término, hernia congénita, se ha abusado considerablemente en la nomenclatura de las hernias, al grado de haber considerado como congénitas todas ellas. Lo cierto es que, todos los tipos de hernia fueron en un tiempo hernias potenciales por la presencia de un sitio débil en la pared abdominal, pero el término de hernia congénita debe limitarse estrictamente a la variedad primero descrita.

2o.—La falta de descenso de testículo o su retardo, va comúnmente asociada con la formación de una hernia de tipo congénito.

3o.—La herencia es un factor importante, y es cierto que la debilidad de la pared abdominal y los anillos ensanchados pueden ocurrir en varias generaciones y venir a ser una causa predisponente de hernia.

4o.—La fimosis congénita puede actuar como una causa que induce a las micciones forzadas (en nuestro concepto esta lesión congénita no es una causa eficiente, sino que es una causa determinante del proceso, por intermedio del esfuerzo).

5o.—En varias partes de la pared ventral, principalmente a nivel de la línea media o de las inserciones de los músculos rectos, pueden verse defectos, causa de hernias ventrales.

6o.—El imperfecto desarrollo del ombligo produce un defecto a través del cual puede hacerse la protrusión de las vísceras en la base del cordón umbilical.

7o.—Los defectos congénitos del diafragma, aunque ocurren más raramente, son la causa que permite el paso de las vísceras abdominales a la cavidad torácica.

**HERNIAS ADQUIRIDAS.**—En general puede decirse que una hernia puede producirse por dos tipos de causas adquiridas: aquellas que obran sobre la pared abdominal haciéndola perder su integridad o resistencia o bien aquellas que aumentan la presión intra-abdominal.

1o.—Después de una laparotomía puede haber cicatrización imperfecta, sobre todo si se ha canalizado, quedando una zona débil a cuyo nivel posteriormente puede desarrollarse una hernia.

2o.—Hernia puede resultar de una contusión directa de la pared. Naturalmente aquí como en el caso anterior no es necesario que se trate de una zona reputada como herniaria. La contusión debe ser muy intensa y traducirse por sus síntomas habituales: dolor, hinchazón, atrición y equimosis. Sin embargo las posibilidades de que esto pueda

ocurrir son muy remotas y así de 1,000 hernias observadas por Ribeiro la proporción fué menor de 1%, cifra que indudablemente nos parece exageradamente elevada. Kessler cita que en sus series, en más de mil casos, la hernia debida a contusión directa no llegó a 4 casos. En ellos siempre la lesión fué muy severa, generalmente del tipo aplastamiento y asociada con otras lesiones graves, como fracturas de pelvis, etc.

Otros autores consideran esta frecuencia como mucho menor y así Johnstone indica: 'La opinión actual es que la hernia no puede resultar de un traumatismo a menos que haya evidencia demostrable de dilaceración sobre las estructuras de la pared. Esto ha sido recientemente corroborado por Moorehead después de un análisis de 1,376 herniotomías. Su opinión concuerda con la de Early el que después de una experiencia operatoria de más de 5,000 casos durante 25 años de practicar la cirugía industrial, dice que una hernia traumática directa implica una hernia por herida abierta, por lo tanto es obvio que sea muy rara'.

3o.—El papel del esfuerzo en la producción de las hernias y como determinante de las mismas hasta adquirir el papel principal bien sea como causa eficiente o determinante principal, ha sido uno de los más discutidos. Desde luego debemos hacer notar que en este punto hay divergencia entre los juicios de quien se coloca desde el punto de vista exclusivamente médico y científico y el que enfoca el problema desde el punto de vista legal. Tal divergencia no podía pasar desapercibida a los autores y así Harvey B. Stone en el capítulo IX del tomo VII de la práctica de la cirugía de Lewis escribe:

"La influencia relativa de los factores congénitos y adquiridos en el desarrollo de la hernia ha sido muy discutida principalmente por su importancia médico-legal. Con la rápida difusión de las leyes sobre la compensación de accidentes han sobrevenido para su discusión judicial un conjunto de casos, en los cuales debe determinarse si una hernia dada ha sido debida a un esfuerzo, caída, traumatismo o algún otro accidente de trabajo, o si depende de la debilidad parietal inherente al paciente. Este punto importante tiene dos aspectos que deben ser separados claramente. Uno es el estudio de una hernia como una lesión anatómica y desde el punto de vista puramente científico, y el otro, es la interpretación de las leyes tales y como deben aplicarse a un grupo de gentes. La diferencia de enfocar el problema puede conducir

a conclusiones prácticas divergentes. Aquí es suficiente decir que las decisiones legales en las cortes, no pueden servir de base par afijar cuestiones etiológicas ya que su fin sólo es sentar fallos legales con la ayuda que los testimonios médicos pueden asegurarles. Pero si una decisión gana la compensabilidad de una hernia en un trabajador, de ello no puede deducirse que etiológicamente la hernia haya sido producida por el trabajo, sino simplemente que, bajo las previsiones de la Ley, un hombre que ha desarrollado una hernia durante su trabajo obtuvo como compensable su accidente.

De hecho la opinión médica científica es fuertemente contraria al punto de vista de que un esfuerzo o los esfuerzos ordinarios tengan una gran contribución en las formas ordinarias de hernia. Un traumatismo directo y violento puede causar penetración al abdomen y escape de vísceras, o puede dañar los músculos en tal forma que tenga lugar una hernia, como después de una herida operatoria, pero la gran mayoría de los casos en litigio no corresponden a estos tipos de violencia; son fundamentalmente las hernias inguinales descubiertas en los trabajadores y que reclaman como resultantes de los esfuerzos ocupacionales las que son sometidas a litigio. Como hemos dicho, el peso de la opinión médica frente a tales hernias es considerarlas como resultado de una debilidad congénita de la pared en estos individuos. El único efecto del ejercicio es hacer evidente un defecto que realmente existía ya o aumentar en tamaño una hernia previamente presente. Las discusiones legales pueden considerar como contribuyentes los factores ocupacionales y colocar las hernias como lesiones compensables. El estudio médico de las causas y del desarrollo de una hernia no puede ser afectado por tales decisiones".

En lo que sigue de este capítulo, sólo discutiremos el estudio del esfuerzo como causa determinante de la hernia desde el punto de vista médico y no legal y así planteado el problema, debemos separar lo que corresponde a un esfuerzo súbito de intensidad anormal y el papel que pueden jugar los esfuerzos crónicamente repetidos.

A).—¿Un esfuerzo brusco y anormal puede causar una hernia?

Es un asunto muy discutido y ha servido de base a Imbert para hacer su clasificación, desde algunos puntos de vista arbitraria, en hernias de esfuerzo y hernias de debilidad.

El consensus actual no es muy favorable a esta opinión y así Kess-

ler indica que considerado el asunto desde el punto de vista de la patología, es improbable que una hernia pueda desarrollarse después de una lesión directa o de un esfuerzo anormal, a menos que existiera un saco preformado y si pudiera suceder, esta hernia se estrangularía. Como regla general las hernias recientes ocurridas después de un accidente no están perfectamente desarrolladas y permanecen en la forma de bubonocèle.

Johnstone dice: "Si la hernia resulta de una abertura preexistente o bien de un excesivo esfuerzo, lo hace a través de la acción indirecta del aumento de la presión intra-abdominal. Para dilatar súbitamente los anillos intactos y el canal, la fuerza de la presión intra-abdominal debe ser exageradamente alta. Y si esta acción pudiera producir una hernia, donde nada previamente existía, ¿por qué no es la hernia inguinal una complicación común de las contusiones graves del abdomen o de los aplastamientos del mismo? ¿Por qué es que las caídas de grandes alturas que producen rupturas viscerales, o en los aplastamientos en los cuales se ven fracturas de pelvis, de fémur, etc., no ocurren las hernias inguinales?—El Dr. Wilmont F. Pierce, de nuestro Staff quirúrgico, ha tratado un gran número de pacientes, teniendo lesiones de las vísceras abdominales que siguen a contusiones directas del abdomen. En estos casos, ha observado dilaceraciones por rupturas de riñón, bazo, hígado, intestino, pero en ningún caso una hernia aguda. Aún más, si los anillos inguinales y las cubiertas faciales pueden ser bruscamente dilatados, el dolor debe ser intenso e inmediato. Se ha dicho que en los países en que el servicio militar es obligatorio, la presencia de una hernia puede ser causa suficiente para rechazar al candidato. En estas circunstancias, muchos que no quieren prestar servicio militar, se someten a la producción artificial de una hernia, por medio de un dilatador profesional de los anillos, el que frecuentemente llega en tres o cuatro sesiones a producir la dilatación de los anillos e inducir la hernia, pero durante la ejecución de estos procedimientos el paciente sufre intenso dolor. Es también de un conocimiento común, que antes que el peritoneo pueda ser manejado en una intervención, debe ser administrada anestesia. Para probar que la hernia se ha producido súbitamente, uno debe exigir alguno o todos los síntomas del conjunto siguiente: Dolor, náuseas, dolor provocado localmente, hinchazón y hematoma. Pensar que un saco puede ser forzado a través de un orificio



estrecho y a todo lo largo de un canal tan bien innervado y tan bien irrigado, sin producir los síntomas arriba anotados, es ignorar la anatomía y la patología de la hernia inguinal.—Ejercicio trivial y movimientos normales:—En vista de la discusión previa, es obvio que una hernia aguda no puede resultar de un movimiento por un ejercicio normal, y en ningún caso consideraciones semejantes pueden ser alegadas como causa de hernia”.

B).—¿Los esfuerzos crónicamente repetidos pueden ser causa de hernia? Tal es admitido por Kessler en aquellas profesiones que requieren levantamiento de fardos pesados y así estos esfuerzos por mucho tiempo repetidos pueden crear una hernia. Tal sucede a la vez en los bronquíticos crónicos, en los que tienen una estrechez uretral, en los prostáticos y los estreñidos crónicos; en rigor aquí debe pensarse si una pared fuerte permitiría el desarrollo de la hernia, cosa poco probable, ya que en rigor en la mayoría de los casos se requieren la relajación de la pared y el esfuerzo viene a ser la causa determinante más que eficiente, siendo en todo caso la causa que agrava una hernia crónica.

4o.—La debilidad de las paredes abdominales es una causa común de hernias como sucede después de embarazos múltiples o en los viejos por atonía de la pared porque esto trae generalmente una viceroptosis que causa un aumento de la presión abdominal en el bajo vientre.

5o.—Por último la obesidad predispone a las hernias en virtud del aumento del peso dentro de la cavidad, que aumenta la presión intra-abdominal.

Un mecanismo muy especial es el de las hernias de la línea blanca que son en general epigástricas. Aquí el saco herniario va precedido de un lipoma que es el que desempeña el papel principal en la producción de la hernia, porque le prepara el camino distendiendo un orificio aponeurótico; el lipoma puede existir sólo y constituir, en ausencia de saco, toda la hernia. Esta hernia habitualmente se adquiere por el mecanismo indicado y más raramente es congénita, por la existencia de orificios dilatados al nacimiento.

FISIOPATOLOGIA.—Se refiere desde luego al mecanismo de formación de la hernia más que a esta en sí, o bien a la fisiopatología

de los accidentes: Epiploitis herniaria, estrangulación, trastornos reflejos, etc.: accidentes que no caben en una descripción de conjunto.

La fisiopatología de la formación de la hernia tal como resulta del estudio de las causas patógenas que hemos precisado puede resumirse así:

La causa eficiente corresponde al factor parietal, es una debilidad en un punto determinado de la pared, bien porque este punto sea una región de paso de órganos, como el conducto inguinal, orificio crural o umbilical, o porque sea una zona mal protegida de la pared como el triángulo de Petit, etc., a cuyo nivel una malformación congénita disminuye aún más las posibilidades de contención de la pared, o bien una lesión adquirida produce en estas u otras zonas la pérdida de resistencia o el orificio herniario.

2o.—La causa determinante es la presión intra-abdominal, aumentada durante los esfuerzos, es ella la que hace protruir el contenido haciendo real la hernia potencial.

Las causas predisponentes como herencia, sexo, edad, obesidad, embarazos múltiples o padecimientos crónicos (bronquíticos, estrechos) que obligan a reiterados esfuerzos, obran unas debilitando la pared y otras aumentando la acción de la presión intra-abdominal.

Fuera de los casos de esfuerzos crónicamente repetidos y superiores a los normales, en que es de discutir si son la causa fundamental determinante y aun si pueden llegar a ser la causa eficiente, contando con una pared sana, fuera de estos casos, siempre la condición *sine qua non* es la lesión parietal.

## CAPITULO II.—PROFESIONALIDAD.

Queda fuera de discusión que el problema médico-legal de las hernias como riesgo profesional, sólo puede plantearse para la variedad de hernias adquiridas. En efecto, las hernias congénitas, por definición, son padecimientos de origen no profesional, a los cuales acostumbremos llamar "ordinarios". Debe sin embargo advertirse que el término de hernia congénita debe ser aplicado en su connotación exacta, tal y como lo definimos al desarrollar el capítulo de Etiopatogenia y Fisiopatología, y, recordamos, corresponde a los casos de persistencia del proceso funicular del peritoneo, que va habitualmente asociada a la



falta de descenso del testículo, a su descenso incompleto, o al retardo en su descenso con persistencia habitual de testículos flotantes.

Ya es mucho más difícil establecer el origen ordinario o profesional de una hernia que se presenta en una pared débil congénita con abertura de los anillos inguinales, pues aquí, aunque todas las condiciones son favorables para el desarrollo de la afección, cuando ésta hace su aparición en el adulto, puede plantearse el problema de determinar si esta tara es la causa principal de la hernia o debió ser necesario el papel determinante de un esfuerzo anormal verificado en el trabajo.

Para la hernia adquirida debemos estudiar exactamente las condiciones en que puede hablarse de:

- 1o.—Hernia accidente.
- 2o.—Hernia enfermedad.
- 3o.—Accidentes herniarios, riesgos profesionales.

1o.—*Hernia Accidente.*

Una hernia accidente puede ser la consecuencia de un traumatismo directo o de un esfuerzo anormal. Ya cuando desarrollamos el capítulo de etiopatogenia, hicimos hincapié en que desde el punto de vista estrictamente médico, las hernias en que esta etiología puede ser probada son sumamente raras. A pesar de que los autores uniformemente aceptan este punto de vista, sin embargo, las legislaciones de todos los países siguen protegiendo la profesionalidad del padecimiento y considerando la existencia de hernias, accidentes de trabajo.

Nos encontramos en este punto en una situación semejante a la que plantea la tuberculosis postraumática, articular o pulmonar, en que aunque las estadísticas demuestran su rareza, sin embargo médico-legalmente se admite la profesionalidad de estas afecciones cuando se llenan determinados requisitos: de intensidad del traumatismo, con coincidencia de sitio en el que se desarrolla la tuberculosis, y del tiempo en que hace su aparición. Otro tanto sucede con las neoplasias, sobre todo del esqueleto, en que, en un terreno estrictamente oncológico, nunca se ha probado el papel determinado del traumatismo y sin embargo se admite la responsabilidad médico legal en circunstancias análogas a las que hemos relatado para la tuberculosis.

Todo esto quiere decir que en tratándose de admitir la profesionalidad de las hernias, como la de estas otras afecciones, las diversas Legislaciones, sin base muy estrictamente científicas y por lo tanto no enteramente jutas, admiten la existencia del riesgo profesional basándose no en la certidumbre, sino simplemente en la posibilidad y es la limitación exacta de los requisitos de esta posibilidad, lo que constituye la base para resolver el problema médico legal de las hernias. Ir más allá y considerar este problema como exclusivamente subordinado a la jurisprudencia, es sobrepasar totalmente los límites razonables y sentar las bases de resoluciones absurdas, tales como considerar, hemos visto casos, de origen profesional y por accidentes recientes, hernias en que médicamente puede comprobarse y probarse que datan de mucho tiempo atrás.

En la práctica el problema médico-legal de la hernia-accidente casi se circunscribe a las hernias determinadas por esfuerzos anormales en su intensidad. En efecto, los casos de hernias producidas por traumatismos directos, es decir, una afección creada "en todas sus piezas", como dicen los franceses, por la contusión, son excepcionales y por lo demás, fáciles de juzgar, porque de ser reales, existe atricción de la pared en el sitio del trauma (no forzosamente una zona herniaria), porque frecuentemente además coinciden con otras lesiones producidas por la intensidad misma del traumatismo, tales como: contusión profunda de vientre, fractura de pelvis, etc.; por todas estas razones se comprende que es fácil limitar los casos dependientes de un traumatismo directo y los que son independientes de él.

No sucede lo mismo con el papel del esfuerzo, ya que lo habitual es que éste, por intenso que se le suponga, sea incapaz de producir en una sola vez la hernia, pero sí es capaz de determinar su aparición; usando la comparación Moorehead: 'En un trabajo de parto, el esfuerzo que hace coronar en la vulva la cabeza del feto y determina su protrusión, no es el que ha producido todo el descenso, sino exclusivamente la protrusión del feto, así en la hernia, el esfuerzo que determina su salida, es habitualmente el último de una serie que le ha venido preparando, y es propiamente el que hace franquear a las vísceras el orificio externo del conducto inguinal. Es el que la hace aparente, aunque no esa el que la crea; pero como para determinar esta salida, en ocasiones debe ser lo suficientemente intenso para hacer la efracción

del anillo externo, y como sin él es probable que no se hubiera producido la hernia, o por lo menos no lo hubiera hecho en un tiempo más o menos largo, este esfuerzo anormal que determina la salida de la hernia y agrava una condición previa, es el que se considera como riesgo profesional, creándose así el concepto del riesgo profesional en la hernia-accidente.

Para que este esfuerzo constituya un riesgo profesional, debe forzar el anillo inguinal externo, causando lesiones que deben acompañarse de un cortejo sintomático lo suficientemente claro y característico para que desde el punto de vista médico-legal pueda identificarse esta variedad de hernias.

Nuestra Ley Federal del Trabajo en su Artículo 285 y Ejecutorias relativas, no nos da luz alguna para resolver este problema, ya que se limita a dar la definición genérica de accidente de trabajo: "Accidente de trabajo es toda lesión médico-quirúrgica o perturbación psíquica o funcional, permanente o transitoria, inmediata o posterior, o la muerte, producida por la acción repentina de una causa exterior que pueda ser medida, sobreviniendo durante el trabajo, en ejercicio de éste, como consecuencia del mismo; y toda lesión interna determinada por un violento esfuerzo producido en las mismas circunstancias". Pero ésta definición genérica aplicada al estudio de las hernias, sólo indica que el esfuerzo productor debe hacerse durante el trabajo y en ocasión del mismo; pero no nos informa ni nos guía cuando tratamos de buscar las características específicas que prueben que la hernia se produjo precisamente durante el trabajo.

Es por ello que recurrimos a los autores extranjeros, para encontrar las bases en que se apoya la definición de este capítulo.

Los autores franceses y alemanes, sobre todo aquellos, han establecido los siguientes dato:

1.—Imbert propuso una clasificación de las hernias en: hernias de esfuerzo y hernias de debilidad (clasificación arbitraria desde el punto de vista etiopatogénico, porque en rigor no tiene más alcance que el médico-legal). El define las hernias de esfuerzo por las siguientes características:

a). La hernia que se produce en el momento de un esfuerzo mayor que el requerido rutinariamente por el trabajo, o que se produce cuando el lesionado está en una posición desfavorable para realizarlo.

b). El lesionado siente intenso dolor y malestar. Es obligado a dejar de trabajar y en muchos casos tiene una sensación de angustia, puede tener escalofrío y aún llegar a la inconciencia. Estos síntomas dolorosos son propios de la hernia de esfuerzo e indican la ausencia de hernia antes del accidente.

c). Al examen de esta variedad de hernia, inmediatamente después de haber ocurrido, ésta es: dolorosa, dura y difícilmente reductible. Rara vez hay evidencia de hemorragia o equimosis.

d). Finalmente la hernia es pequeña, unilateral, y el anillo inguinal externo es estrecho.

Las características de la hernia de debilidad son diametralmente opuestas a las de la hernia de esfuerzo. La pared abdominal es débil, la hernia puede ser doble, aunque más pronunciada del lado del accidente. Al tiempo de aparecer la hernia durante la exploración, o no es dolorosa o sólo lo es moderadamente; la hernia es de mayor tamaño y el anillo inguinal ensanchado; el canal inguinal rectificado, es decir, directo ya y no oblicuo; a la operación se encuentra que la fascia longitudinalis de la aponeurosis del oblicuo mayor tiende a separarse y la pared anterior del canal prácticamente no existe.

2.—Berger ha dado los siguientes signos por los cuales puede reconocerse, en la mayoría de los casos, la probable existencia de una hernia antigua, es decir, anterior al accidente.

a). Las hernias escrotales y las hernias púbicas de mayor tamaño que un limón o un huevo de gallina no puede haber ocurrido antes de un año.

b). Las hernias inguinales, en que el orificio externo del canal admite fácilmente el pulgar o la extremidad de dos dedos, no son recientes.

c). Hernias en cuyo contenido hay epiplón.

d). La coincidencia en la pared de las huellas que deja un braquero utilizado por el sujeto durante un tiempo largo.

3.—En los Estados Unidos de Norteamérica, algunos Estados (12), han incorporado dentro de sus Legislaciones, postulados que deben ser llenados por un litigante cuando reclama la compensación por una hernia. Estos postulados, tomados de las distintas Legislaciones de esos Estado, aunque no todos los exigen completos, son:

a). Debe haber habido un accidente del que resulte la hernia.

- b). Este debe aparecer súbitamente.
- c). Debe acompañarse de dolor.
- d). Debe seguir inmediatamente al accidente.
- e). No debe existir antes del accidente.
- f). Debe ser de origen reciente.
- g). En su aparición debe acompañarse de postración tal, que el lesionado se vea obligado a suspender su trabajo.
- h). Debe reportarse antes de 24 horas.
- i). Debe consultarse el Médico antes de 24 horas, por la intensidad del dolor y no sólo por ser reglamentario.
- j). Todas las hernias deben ser tratadas quirúrgicamente por operación radical. No hay compensación durante el período en que el enfermo se niegue a operarse, a menos que, por alguna circunstancia física especial, la operación se contraindique.
- k). La muerte resultante de la operación es compensada como la muerte resultante de la lesión.
- l). La estrangulación después de que el lesionado ha rechazado sin motivo justificado la intervención, no es indemnizable.

Por ahora no veo posible, aunque sería de desear, el control operatorio antes de declarar definitivamente la profesionalidad de una hernia. En efecto, los hallazgos operatorios por lo que respecta tanto al saco como al contenido, pueden ser la mejor prueba de la antigüedad de una hernia, así: las adherencias del saco a los tejidos vecinos, su engrosamiento y fibrosis; la rectificación del canal inguinal, etc., y, por lo que respecta al contenido, si ya hay adherencias que lo vuelvan irreductible, no es fácil aceptar la existencia reciente de la hernia. En particular, los autores franceses enfatizan que la existencia de epiplón en el saco y sobre todo las adherencias del epiplón a éste, son una prueba inequívoca de la antigüedad del proceso. Por el contrario, la existencia de hematoma reciente en las paredes, indicando su atricción actual, de equimosis en el saco, o de sangre fresca dentro de él, prueban un accidente reciente que ha podido ocasionar por sí mismo la hernia o forzar su contenido y distender bruscamente el saco, los orificios y aún la pared.

Como decimos, el control operatorio inmediatamente después del accidente en litigio, sería utilísimo para definir su origen, pero a la fecha es difícil de implantar en todos los casos.

Después de exponer analíticamente los distintos puntos de vista médico-legales de este problema, creemos que una solución justa de la hernia-accidente puede plantearse en la siguiente forma:

1.—Requerimientos.

- a). El lesionado debe dar aviso inmediatamente del accidente.
- b). Debe haber ejecutado un esfuerzo anormalmente intenso en su trabajo.
- c). El dolor y malestar ocasionados por el accidente deben haber sido lo suficientemente intensos para obligarlo a suspender el trabajo.
- d). Debe presentarse al médico de la Empresa dentro de las primeras 24 horas que siguieron al accidente.

2.—Resultados del exámen inmediato.

Este es hecho habitualmente por el médico de la factoría, el cual deberá anotar en detalle los resultados de su exploración, con objeto de que sirvan de elementos de juicio al médico perito; y anotará:

- a). Si hay o no protusión de hernia en el momento de la exploración.
- b). El tamaño de ésta.
- c). Si el orificio de salida (anillo inguinal externo) es o no amplio, y sobre todo, si a la introducción del dedo es doloroso al igual que el canal.
- d). El contenido de la hernia.

Al examen inmediato de una hernia de esfuerzo, debe haber varios de los siguientes caracteres:

Ser pequeña, no fácilmente reducible, no contener epiplón, y el orificio externo del conducto no debe admitir fácilmente la punta de dos dedos o el pulgar. Estas maniobras deben ser dolorosas.

3.—La empresa enviará al enfermo a dictamen con el Médico Perito, dentro de las tres primeras semanas. El médico perito debe basarse en la información oficial y en los resultados de la exploración inmediata, y además, verificará que la hernia es de producción reciente, es decir, si es directa: menor que el tamaño de un limón; si es oblicua externa: debe permanecer en el estado de bubonocèle y nunca descender al escroto. Debe ser reductible y totalmente reductible sin dificultad. No debe contener epiplón. El orificio externo no será dema-



siado amplio y el trayecto de la hernia oblicua no deberá estar rectificado.

Además, tanto en el primero como en el segundo exámen, no deben existir las características de las hernias congénitas o de las hernias producidas claramente por debilidad de la pared.

2o.—*La hernia como enfermedad profesional.*

Es decir, la hernia que no es el resultado de un accidente brusco, sino la consecuencia de una causa largo tiempo repetida como obliga-da consecuencia del trabajo que se desempeña.

A este respecto, la Ley Federal del Trabajo, poco nos informa específicamente sobre la hernia, ya que no está incluida en la Tabla del Artículo 326.

La Ley Federal del Trabajo sólo se refiere en particular a las hernias en una ejecutoria dentro del Artículo 286 que dice: "Hernia.— Sólo se considerará enfermedad profesional cuando sobrevenga por la clase de trabajo que desempeñe el trabajador o el medio en que se ve obligado a trabajar.—L.A.—R.M.T.—T/3. P/283".

Esta ejecutoria en rigor no hace sino repetir los conceptos de la definición genérica profesional, pero no los precisa.

Tampoco los autores extranjeros son muy explícitos a este respecto, por lo cual después de estudiar el asunto, creemos que el problema puede plantearse bajo una base científica en la siguiente forma:

El papel de los esfuerzos (de consideración por supuesto), repetidos durante largo tiempo, en la producción de las hernias, está fuera de dudas, y así, al hablar de etiopatogenia, indicamos que la estadística demuestra mayor incidencia de las hernias en los sujetos que profesionalmente tienen que verificar grandes esfuerzos como: cargadores, estibadores, etc., o bien en aquellos sujetos que siendo portadores de determinadas afecciones, éstas los obligan a verificarlos, tales como los portadores de estenosis uretrales, estreñidos crónicos, prostáticos, o tosedores crónicos (bronquíticos, escleroso pulmonares, etc.). Si por lo tanto el hecho existe, es lógico pensar que el riesgo latente existe también y lo interesante es demostrar cuando se ha realizado. A este respecto, conviene estudiar diversas eventualidades:

a). El sujeto portador de la hernia, por motivos de trabajo ha desarrollado durante un largo tiempo esfuerzos de consideración. Es

un sujeto joven, adulto o maduro, pero cuyas paredes conservan tonicidad normal; la hernia es única y reciente, el enfermo no es tosedor ni tiene una estenosis uretral, ni lleva ninguna otra afección que lo haya obligado a pujar. En estas circunstancias la profesionalidad de la hernia-enfermedad es evidente. En la práctica, sin embargo, el caso se plantea habitualmente como hernia-accidente en el momento en que hace su protrusión.

b). El sujeto presenta una hernia, pero sobre un sitio de la pared debilitado por una laparotomía (o por la cicatriz de una hernia anterior operada), aunque trabaje en labores rudas la causa de la debilidad de la pared fundamentalmente y no podrá conceptuarse como hernia-enfermedad, aunque podrá plantearse el problema de si es o no una hernia-accidente siempre que se cumplan los requisitos estipulados en este capítulo.

c). El sujeto desarrolla labores rudas, pero es portador a la vez de una afección que le obliga a ejecutar esfuerzos; entonces, la profesionalidad sólo podrá otorgarse cuando el esfuerzo determinante de su aparición tenga las características de un accidente de trabajo.

d). La hernia se desarrolla en un viejo y tiene todas las características de una hernia de debilidad; no podrá ser una hernia-enfermedad profesional aunque, para evitar que se plantee el problema de una hernia-accidente, sería recomendable que profilácticamente se retirara a estos sujetos de las labores rudas. Esto en la práctica choca con numerosas dificultades, hay que reconocerlo.

### 3o.—*Los Accidentes Herniarios.*

Los accidentes herniarios como riesgos profesionales preferentemente corresponden a la estrangulación herniaria, por lo cual es el único caso que describiremos.

Las diversas eventualidades frente a las cuales podemos encontrarnos son:

1.—Un trabajador es portador de una hernia, ésta no ha sido un riesgo profesional, pero continúa desempeñando trabajos de esfuerzo. Si durante un esfuerzo motivado por el trabajo la hernia se estrangula, esta complicación constituye, en esta circunstancia, un riesgo profesional y debe ser tratada como tal. Si la cura operatoria aplicada para

el estrangulamiento no cura la hernia, esta en sí misma no es indemnizable.

2.—Un sujeto que es portador de una hernia profesional, pero que no pudo ser operada por condiciones especiales que hacían peligrosa la operación o problemática en sus resultados, si ésta se estrangula aún fuera de un accidente de trabajo, la estrangulación y sus consecuencias debe ser consideradas como profesionales.

3.—Por el contrario, un enfermo portador de una hernia de carácter profesional, sin causa justificada rehusó ser operado y la hernia se estrangula, este accidente y sus consecuencias, incluso la muerte, no son indemnizables.

No tenemos ni con mucho, la pretensión de haber agotado, con lo anteriormente expuesto, un tema tan amplio y difícil de resolver como éste, pero por lo menos, creemos haber planteado claramente el problema y trazado algunas directrices fundamentales para hacer más fácil la comprensión de los casos en que una hernia debe ser declarada riesgo profesional, o por el contrario, cuando procede considerarla justamente como una enfermedad ordinaria.

## COMENTARIO

Por el Académico Dr. Miguel López Esnaurrizar.

En razón del Sillón que inmerecidamente ocupó en ésta Academia se me ha honrado para hacer el comentario oficial del muy interesante trabajo del Académico Dr. Alejandro Castaneda.

Siempre el cambio de ideas como el que provoca el citado trabajo es muy fecundo y estoy seguro que ahora lo será, mereciendo por esta razón más los parabienes de la Academia.

Nos parece que desde un punto de vista clásico norte-americano rige el trabajo un criterio todavía corriente y aceptable en ese gran y democrático País, porque en su calidad de capitalistas, el hombre es el medio, primando en consecuencia el fin: aún en Estados Unidos se observa en los últimos años cierta tendencia a humanizar el capital, lo que si llega a fortalecerse y generalizarse seguramente su mejor defensa contra ideologías radicales.

Nuestro País al que quizá su misma debilidad lo ha hecho propicio para la germi-

nación de ideas más justas para el trabajador, logró asentar estos principios generales en la Constitución de 1917 y lograr su aplicación al entrar en vigor la Ley del Trabajo vigente el día 27 de abril de 1933. En ella se enuncia la definición de accidente del trabajo, que el Ponente nos recuerda y en la que se incluye como tal, a la condición que surja como consecuencia del mismo, revelando especialmente con esto, el criterio del legislador de amplia y cumplida protección del obrero.

Más que generosa, puede calificarse la Ley como más justa, cuando teniéndose un criterio más humanitario se afirma que la base de la vida es el hombre y el capital es un medio para él.

En la Academia llegó a aceptarse este criterio aplicado a las hernias con motivo de trabajo que sobre el mismo tema presentó hace varios años el Dr. Carlos Gutiérrez Santa Cruz: cada vez se sigue con mayor facilidad y más generalmente en casi todos los países del mundo.

En efecto se hacen estas reflexiones: cuando se emplea al hombre para un trabajo se sabe que por perfecto que se le suponga, tiene anatómicamente numerosos lugares débiles y anatómica y funcionalmente es fácilmente vulnerable al medio y a los instrumentos de trabajo; análogamente, cuando se adquiere un aparato automotriz se sabe que tiene lugares débiles o delicados cuya inutilización no puede garantizarse, pero, a ese pesar, se hace la adquisición. Si a un obrero se le hace un exámen médico cuidadoso de admisión y se encuentra que los canales herniarios son normales y más tarde ya sea por accidente o trabajo físico intenso aparezca una hernia debe es'o considerarse como enfermedad profesional valiéndose solamente las excepciones de fraude o accidente o enfermedad producida fuera del trabajo. Es justo e interesante relatar que éste criterio aparente adverso al capital ha sido aceptado desde hace varios años por industriales mexicanos, franceses y españoles seguramente porque han tenido una comprensión más humana, y en cambio, en general conservando un criterio mucho más rígido los industriales norteamericanos y los mexicanos cuando han sucedido a éstos: aún en estos casos me parece observar que los que habían permanecido más estrictos son los médicos porque siempre ha sido fácil que concedan la razón en favor del obrero hasta los mismos abogados del patrón.

Aunque aparentemente el Cuerpo Médico marchó a la retaguardia del movimiento social mexicano en realidad le generalidad está tomando la primera fila y decidiéndose a actuar para que reine un criterio más humano y técnicamente más correcto.

Llama la atención que el ponente no utilice el trabajo sobre clasificación de las enfermedades del trabajador el que fué declarado premiado por el Gobierno, aprobado en la Academia y en el VII Congreso Internacional de Accidentes y Enfermedades del Trabajo con lo que, en consecuencia, llama como el público "ordinarias" a las enfermedades aprofesionales: también nos desazona que su bibliografía carezca totalmente de trabajos mexicanos así sean de ésta propia Academia haciendo la excepción de la Ley del Trabajo.

Para terminar, del modo más sincero felicito al Dr. Castanedo por su bello trabajo, sabiendo que ambos, hombres libres y de buena fé tendremos como ahora diferencias momentáneas de criterio, pero estaremos siempre unidos en la búsqueda del bien y de la verdad.

# CALCIO-VI-FOS

CAPSULAS Y GOTAS

CALCIO-VITAMINAS-FOSFORO Y MINERALES ASIMILABLES

## INDICACIONES:

DECAIMIENTO FISICO Y MENTAL - HIPO ALIMENTACION - ENFERMEDADES POR CARENCIA - DURANTE EL EMBARAZO - LA LACTANCIA - EL CRECIMIENTO Y PARA FAVORECER LA CONVALESCENCIA DE LOS ENFERMOS

9 VITAMINAS 8 MINERALES



PARA NIÑOS  
Y ADULTOS



PARA ADULTOS  
Y NIÑOS



DURANTE LOS PROCESOS INFECCIOSOS, ESPECIALMENTE EN LOS CASOS DE **GRIPE** Y ENFERMEDADES DEL APARATO BRONCO-PULMONAR, SE PIERDE CIERTA CANTIDAD DE SALES MINERALES Y VITAMINAS, QUE ES NECESARIO RESTABLECER, PARA ASEGURAR LA CONVALESCENCIA. - EL **CALCIO-VI-FOS** EN GOTAS O CAPSULAS, APORTA AL ORGANISMO LAS SALES MINERALES Y LAS VITAMINAS NECESARIAS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO ORGANICO.

PARA RECETA MEDICA

LABORATORIOS *Salas* S.A.

EDIFICIO MEDICINA ALTADESA

AV. PUEBLA 100

MEXICO D.F.

SIN PROPAGANDA PUBLICAR

# CALCIO-VI-FOS

CAPSULAS Y GOTAS

CALCIO-VITAMINAS-FOSFORO Y MINERALES ASIMILABLES

9 VITAMINAS

8 MINERALES

## CAPSULAS CALCIO-VI-FOS

Calcio-Vitaminas y fósforo  
asimilables.

### FORMULA:

CADA CAPSULA CONTIENE

CAPSULA CAFE	Hierro peptonizado.....	0.05 grs.
	Peptonato de cobre.....	0.008 "
	Sulfato de zinc.....	2.6 mgrs.
	Sulfato de Magnesio.....	0.043 grs.
	Hipofosfato de manganeso.....	0.02 "
CAPSULA ROJA	Yoduro de potasio.....	0.0001 "
	Fosfato dicálcico.....	0.16 "
	Aceite germen de trigo.....	0.06 "
	Vitamina A.....	5.000 U. I.
	Vitamina D.....	1.000 U. I.
	Vitamina B1.....	1.000 U. I.
	Vitamina B2.....	0.003 grs.
	Vitamina B6.....	0.25 mgrs.
	Vitamina C.....	1.500 U. I.
	Vitamina E.....	0.005 grs.
	Pantotenato de Calcio.....	0.005 "
	Nicotinamida.....	0.020 "

## CALCIO-VI-FOS GOTAS

Calcio-Vitaminas y fósforo asimilables.

### FORMULA:

Cada 100 C. C. contienen:

Frasco Núm. 1 Vitaminas Hidrosolubles y Minerales.

VITAMINA B1.....	4.000 U. I.
VITAMINA B2 (G).....	20.000 Mcgrms.
VITAMINA B6.....	50 Mgrs.
NICOTINAMIDA.....	500 Mgrs.
CLORURO DE CALCIO.....	3.75 Grs.
GLICEROFOSFATO DE SODIO.....	1.50 "
CITRATO FERROSO-AMONICAL.....	0.750 "
SULFATO DE MAGNESIO.....	0.0375 "
CONSERVADOR NIPAGIN.....	0.06 "
AGUA DESTILADA C. B. P.....	100 C. C.

Frasco No. 2 Vitaminas Liposolubles

VITAMINA A.....	500.000 U. I.
VITAMINA D.....	70.000 U. I.
VITAMINA E (ACEITE DE GERMESES DE TRIGO).....	10 C. C.
ACEITE DE ARAQUIDA C. B. P.....	100 C. C.

### INDICACIONES:

Decaimiento Físico y Mental - Hipo Alimentación - Enfermedades por Carencia -  
Durante el Embarazo - La Lactancia - El Crecimiento y para favorecer la Convalecencia  
de los Enfermos.

**Dosis para las Cápsulas:**—ADULTOS: 1 cápsula roja y 1 cápsula café en las comidas.

NIÑOS MAYORES DE 10 AÑOS: la dosis adulta.

NIÑOS HASTA 10 AÑOS: una cápsula roja y una cápsula café una vez al día.

**Dosis para las Gotas:**—ADULTOS: 15 gotas del frasco No. 1 y 15 gotas del frasco No. 2  
en las comidas.

NIÑOS HASTA 10 AÑOS: por cada año de edad, una gota del frasco No. 1 y una gota  
del frasco No. 2 en las comidas.

NIÑOS MAYORES DE 10 AÑOS: la dosis adulta.

PROPAGANDA EXCLUSIVA PARA MEDICOS

Reg. No. 20282 A. S. S. A. - Reg. No. 21327 A. S. S. A. y Prop. Reg. A-1 y A-2 S. S. A.

HECHO EN MEXICO

LABORATORIOS *Salus* S. A.

CADIZ NRG (COL ALAMOS)

MEXICO D. F.



COMENTARIO AL TRABAJO "ALGUNOS PROBLEMAS EN LA  
HISTERECTOMIA ABDOMINAL" DEL DR. ALBERTO  
ARANDA DE LA PARRA \*

*Por el Dr. Conrado ZUCKERMANN.*

Por acuerdo de la H. Directiva de nuestra Academia, comento el presente trabajo y lo hago gustosamente, tanto por atender tan elevada indicación como porque su autor es el Sr. Dr. Alberto ARANDA DE LA PARRA, distinguido cirujano y ginecólogo, residente en la ciudad de León, Guanajuato, cuyos trabajos clínicos son bien conocidos y apreciados por nosotros; además consideramos que el tema "histerectomía" es muy interesante y de gran importancia y que ha merecido en varias ocasiones la atención académica de ustedes.

El autor hace primeramente consideraciones históricas y en seguida se refiere a indicaciones generales y a hechos endócrinos y otros, describiendo después el procedimiento de histerectomía abdominal que emplea; para terminar hace algunas conclusiones y señala bibliografía.

El trabajo se refiere a lo antes anotado y poco a los problemas (cuestiones que se trate de aclarar) clínicas y sobretudo operatorias en la histerectomía abdominal.

A propósito de la historia de la histerectomía, nos parece justo lo señalado, de que son Julio PEAN, cirujano francés, y Eugenio KOEBERLE, de Estrasburgo, los realizadores de la histerectomía, durante los años de 1860 a 1865. Así lo dice SUAREZ GAMBOA en su magnífico libro al anotar en 1898 "PEAN Y KOEBERLE son los polos en que gira la histerectomía". Debemos sin embargo señalar que son muchos los autores que habían efectuado histerectomías totales o parciales, vaginales o abdominales, antes de esa época, siendo casi seguro

---

\* Este interesante comentario se refiere al trabajo publicado en el número anterior (de agosto) de "Cirugía y Cirujanos".

que las primeras histerectomías fueron vaginales, en casos de prolapso y que probablemente varias de ellas se efectuaron durante la época del renacimiento, como señala LEONARDO. Se citan las operaciones de extirpación uterina, efectuadas por GUTBERLET, LANGENBECK, SAUTER, DE SIEBOLD, LIZARS, DIFFENBACH, GRANVILLE, RECAMIER, DELPECH y otros.

También las de LAWSON TAIT en 1845, Gilman KIMBAL (1853), Gualterio BURNHAM (1853) y Carlos GLAY (1844), citados por LEONARDO.

Federico RUBIO Y GALI en 1861 practicó en España la primera histerectomía según GARCIA DEL REAL.

Posteriormente en el último tercio del siglo pasado y en el primero del presente, los trabajos sobre histerectomía son numerosos.

A propósito de los efectuados antes de 1900, RICCI cita los trabajos de: FREUND, VON FRANQUE, LANDAU, LATTA, NOBLE, BONNET, DIXON-JONES, KELLY, BAER y además debemos mencionar en esa época y posteriormente los de POZZY, DOYEN, FORGUE, FAURE y muchos otros que harían muy larga la enumeración.

La bibliografía que nosotros anotamos de trabajos extranjeros recientes, corresponde a los siguientes autores: ALDRINDGE, ALVAREZ H., y G. TOBLER, AQUINO SALLES, ARAYA, AROSTEGUI, AVERETT, AZEVEDO y DUTRA, BERNAL, BLOCK, BREA, CASTALLO Y WAINER, CHUECO, COLLINS, COTTE y PONTIUS, CURTIS, SUCKOW y HUFFMAN, DANFORTH, FARRAR, FOX, GONZALEZ MARMOL, HERNANDEZ D'EMPAIRE, KENNEDY, LABEY, FAYOT y GUIHENEUC, LASH, LEVENTHAL y LAZARUS, LOPEZ MONTI, MARTZLOFF, MONJARDINO, MORALES, MULLER y HAMMERMEZS, PALMER, PAVLOSKEY, PELTIER DE QUEIROZ, PRATT, LEE, HASSKALL y BRANDES, SEGUY, SILVA MOJICA, TAVARES DE SOUZA, WEBER, WIART, WALL y KLINGENSMITH, WILLSON y DALY.

En lo que se refiere a la historia de la histerectomía en nuestro medio, como dice muy bien SUAREZ GAMBOA, la costumbre de no escribir y el aislamiento de nuestros profesionistas impide conocer seguramente histerectomías efectuadas en México, durante el tercio medio del siglo pasado; a este propósito anotamos lo que al respecto dice SUAREZ GAMBOA:

"En la historia mexicana de la histerectomía, como en la historia de todo lo que implique un progreso médico o un adelanto de nuestra ciencia quirúrgica, se destacan vigorosamente los nombres de los Sres. Rafael LAVISTA, Nicolás SAN JUAN, y Francisco de P. CHACON".

"El primero introduce entre nosotros el día 22 de marzo de 1878 la histerectomía abdominal; el segundo realiza por primera vez el 13 de febrero de 1878 la histerectomía vaginal; y el tercero perfecciona de tal modo los procedimientos y los eleva a un grado tal de sencillez que constituye hoy entre sus manos la histerectomía una operación de suma benignidad".

La primera histerectomía abdominal fué hecha, como antes se afirma, el 22 de marzo de 1878 por el Dr. Rafael LAVISTA, quien contó para la intervención quirúrgica con la valiosa colaboración de los doctores LICEAGA, SAN JUAN, ANDRADE, MARTINEZ DEL RIO, MARTINEZ DEL VILLAR, ORTEGA, EGEA, BANDERA, MEJIA, CHAVEZ, DOMINGUEZ y de los estudiantes de medicina GAMA, OTERO, REYES, CASTILLO, TELLO y SANCHEZ; está descrita en forma muy impresionante, en el magnífico libro del Dr. SUAREZ GAMBOA, por el mismo Dr. LAVISTA.

Después de ésta, se citan histerectomías hechas por el Dr. SAN JUAN, quien efectuó la primera histerectomía vaginal, y en seguida las observaciones de los doctores CHACON, FRANCISCO HURTADO, Ramón MACIAS, y a continuación las de los doctores Julián VILLARRREAL, Fernando ZARRAGA, Felipe RUIZ ESPARZA, Juan VELAZQUES URIARTE, Gustavo PAGENSTECHER, etc.

Nuestra bibliografía de trabajos mexicanos se refiere a los correspondientes a los siguientes autores anotados cronológicamente: Ricardo SUAREZ GAMBOA, Enrique MARTINEZ BARRAGAN, nosotros, Genaro ZENTENO, Ernesto RIQUELME RODAL, Miguel BAEZA, Joaquín CORREA, Carlos AGUIRRE, Francisco REYES, Juan VELAZQUEZ URIARTE, Armando DESCHAMPS, Juan BARRON, Raúl PEÑA TREVIÑO, Alberto VARGAS, Enrique P. GRAJEDA y Ascensio MARROQUIN TOBA.

Seguramente por la brevedad con que el autor desea presentar su trabajo en nuestra Academia, lo que se refiere a las indicaciones clínicas y a las variedades de histerectomía están anotados en forma bastante

te sucinta y a este respecto debemos recordar que el nombre de pan-histerectomía, tiene exactamente el mismo significado que el de histerectomía total.

Sin referirnos a la extirpación de miomas (miomectomías) y a las traquelectomías, las diversas variedades de extirpaciones de útero son múltiples: la fúndica, la subtotal conservando ovarios, la subtotal extirpándolos; la total conservando ovarios, la total extirpándolos; todas ellas se refieren a las histerectomías por vía abdominal; además las histerectomías vaginales, total o subtotal, conservando o extirpando los anexos. Además existen otras variedades como la histerectomía subtotal totalizada, la histeromiomectomía, etc.

En lo referente a la histerectomía ampliada tipo WERTHEIM y otras operaciones mayores en el tratamiento de los cánceres uterino y ginecológicos en general, consideramos que su estudio no conviene junto con el de la histerectomía simple abdominal.

El autor del trabajo muestra, al igual que muchos autores su preferencia —cuando se extirpa el útero— de hacer histerectomía total y a este respecto pensamos que él como la mayoría de los ginecólogos clínicos, seguramente individualiza las indicaciones y a veces en el acto operatorio mismo podrá modificar su criterio de acuerdo con las lesiones que identifique.

Con respecto a lo que señala de la dosificación de fosfatasas y a la de los estrógenos en las mujeres por histerectomizar, pensamos que es necesario mayor número de observaciones antes de que su empleo se generalice.

No consideramos apropiado referirnos a la discusión de si debe o no conservarse el cuello uterino en la histerectomía y solo volvemos a recordar la tendencia totalizadora existente en la mayor parte de los centros ginecológicos.

En lo que se refiere a los ovarios, los estudios mexicanos de Eliseo RAMIREZ, Enrique MARTINEZ BARRAGAN, y los nuestros parecen estar en favor de su extirpación al hacerse histerectomía total.

A propósito de algunas aseveraciones que efectúa el autor y solamente para procurar comentar en la forma más completa su bien elaborado trabajo señalaremos:

1.—Que la histerectomía fúndica todavía sigue efectuándose en miomas del fondo uterino, pólipos del fondo endométrico, algunas sal-

pingitis crónicas residuales, etc., indicaciones que justamente señala el autor del trabajo.

2.—El cáncer del cuello restante no es relativamente frecuente sino más bien algo raro. Nosotros en 700 hysterectomizados, solo lo hemos visto dos veces y nuestra proporción es muy alta comparada con la de otros autores que señalan 1 x 1.000.

3.—El procedimiento cito-diagnóstico de Papanicolau todavía no está suficientemente juzgado y es difícil afirmar su porvenir: incremento o abandono.

4.—La acción cancerígena de las secreciones ováricas sobre el muñón cervical no está plenamente comprobada y en lo que se refiere a la progesterona más bien parecería poder acontecer lo contrario.

5.—En los cánceres del cuerpo uterino, realmente en etapa avanzada, si existen con relativa frecuencia metástasis y la indicación operatoria es mayor que la constituida por la sola hysterectomía total.

6.—El uso de gasa iodoformada u otra distinta (simple, etc.) en la vagina, más que para canalizar es empleada como taponamiento temporal.

Refiriéndonos a la técnica operatoria misma que emplea el autor, consideramos que es muy apropiada en las lesiones no cancerosas.

A propósito de la manera como anota el cuarto tiempo diciendo "ligadura y sección del ligamento ancho", pensamos que sería tal vez mejor anotar: "ligadura y sección de los ligamentos infundibulo pélvicos", porque esto es en realidad lo efectuado.

El ligamento ancho, consta según los datos anatómicos (Testut, Smout) de gran número de formaciones comprendidas entre las dos hojas del peritoneo, desde la pared lateral de la pelvis hasta el borde lateral del útero, pudiendo señalar entre ellas, para solo referirnos a la técnica que estamos comentando, los vasos uterinos y los ligamentos redondos que son motivo de ligadura y sección por separado.

Para terminar señalaremos que nuestra bibliografía de trabajos mexicanos consta de veintitrés estudios de los cuales uno, el primero, es el libro del Dr. Ricardo SUAREZ GAMBOA, "La hysterectomía", el único —completo y general— dedicado a esta materia, que conocemos en la literatura mundial. El libro de hysterectomía vaginal de KENNEY y CAMPBELL, como su nombre lo indica, está dedicado a la extirpación uterina por la vía baja.

De los otros 22 trabajos, 7 nos corresponden a nosotros y de ellos queremos recordar que el denominado "Histerectomía total sencilla abdominal" fué presentado en esta Academia en la sesión del 16 de junio de 1933, y está publicado en el número uno del tomo uno, de nuestra revista "Cirugía y Cirujanos".

### COMENTARIO FINAL

Consideramos muy interesante el trabajo del señor Dr. Alberto ARANDA DE LA PARRA, y la técnica que emplea para histerectomía total simple, muy apropiada y bastante segura.

La tendencia actual de la cirugía ginecológica, salvo en cáncer, es conservadora y la histerectomía, gracias a los antibióticos y otros procedimientos, ha disminuído en sus indicaciones. Esperamos que en un futuro no lejano, se efectúe todavía menos.

### BIBLIOGRAFIA MEXICANA

(Por orden cronológico)

- 1.—SUAREZ GAMBOA Ricardo.—La histerectomía.—México, 1899.—(libro de 432 páginas).—
- 2.—MARTINEZ BARRAGAN Enrique.—Ovarios e histerectomía.—Págs. 661. a 669, la de la Memoria del VIII Congreso Médico Nacional.—Tomo I.—México.—Diciembre de 1927.—
- 3.—ZUCKERMANN Conrado.—Atrofia de los ovarios en una histerectomizada.—Medicina.—Tomo X.—No. 119.—págs. 312 a 313.—México.—Marzo 10 de 1930.
- 4.—ZENTENO Genaro.—Histerectomía vaginal en los prolapso de tercer grado con plastia vaginal. Hospital General.—Tomo V.—No. 15.—Págs. 611 a 616.—México.—Noviembre de 1930.
- 5.—RIQUELME RODAL Ernesto.—Histerectomía total abdominal.—Tesis.—Facultad de Medicina.—México.—1931.—
- 6.—BAEZA Miguel.—La histerectomía fúndica.—Pasteur.—Año IV.—No. 5.—Págs. 271 a 279.—México, Noviembre de 1931.
- 7.—ZUCKERMANN Conrado.—Histerectomía total sencilla abdominal. Cirugía y Cirujanos.—Tomo I.—No. 1.—Págs. 37 a 47.—México, Agosto de 1933.—
- 8.—ZUCKERMANN Conrado.—Histerectomía vaginal en una virgen.—Revista Mexicana de Cirugía Ginecología y Cáncer.—Año I.—No. 1.—Págs. 5 a 7.—México, Agosto de 1933.—
- 9.—CORREA Joaquín.—Histerectomía vaginal sin drenaje, técnica de Weibel.—



# COMENTARIO SOBRE HISTERECTOMÍA

- Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer.— Año I.— No. 2.— Págs. 37 a 48.— México, Septiembre de 1933.—
- 10.—AGUIRRE Carlos.—La histerectomía fúndica en ginecología.— Cirugía y Cirujanos.— Tomo I.— No. 2.— Págs. 63. a 74.— México, Septiembre de 1933.—
  - 11.—REYES Francisco.—La técnica de la histerectomía vaginal u operación de Pean-Segond.— Revista de Cirugía.— Año V.— No. 5.— Págs. 158 a 172.— México, Mayo de 1934.—
  - 12.—VELAZQUEZ URIARTE Juan.—Tres casos de Histerectomía vaginal.— Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer.— Año II.— No. 11.— Págs. 623 a 629.— México, Noviembre de 1934.—
  - 13.—DESCHAMPS Armando.— ¿Histerectomía total o subtotal?— Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer.— Año III.— No. 11.— Págs. 725 a 731.— México, Noviembre de 1935.—
  - 14.—BARRON Juan.—Estudio critico de algunas de las indicaciones de la histerectomía fúndica.— Tesis.— Facultad de Medicina.— México, 1935.—
  - 15.—ZUCKERMANN Conrado.— Histerectomía total abdominal.— Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer.— Año IV.— No. 3.— Págs. 172. a 189.— México, Marzo de 1936.—
  - 16.—ZUCKERMANN Conrado.—¿Histerectomía total o subtotal?— Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer.— Año IV.— No. 7.— Págs. 439 a 441.— México, Julio de 1936.—
  - 17.—PEÑA TREVIÑO Raúl.—La conservación de los ovarios en la histerectomía total.— Cirugía y Cirujanos.— Año 5.— No. 10.— Págs. 501 a 520.— México, Noviembre de 1937.—
  - 18.—VARGAS Alberto.—Algunas consideraciones sobre la histerectomía por la vía vaginal.— Cirugía y Cirujanos.— Tomo VIII.— Nos. 11 y 12.— Págs. 457 a 462 México, Noviembre-diciembre de 1939.—
  - 19.—GRAJEDA Enrique P.—Histerectomía vaginal. Chihuahua Quirúrgico.— No. 18.— Págs. 565 a 573.— Chihuahua, México.— Marzo-abril de 1940.—
  - 20.—ZUCKERMANN Conrado.—Como evitar el prolapso vaginal postoperatorio.— Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer.— Año XIII.— No. 11 Págs. 323 a 328.— México, Noviembre de 1945.—
  - 21.—MARROQUIN TOBA Ascencio.—Histerectomía subtotal.— Boletín de la Clínica Dr. Angel MARTINEZ VILLARREAL.— Año 3.— No. 3.— Monterrey N. L.— Págs. 45 a 55.— Junio 5 de 1947.—
  - 22.—ZUCKERMANN Conrado.—La histerectomía vaginal en algunos casos de prolapso genital.— Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer.— Año XVII. No. 11.— Págs. 399 a 416.— México, Noviembre de 1949.—
  - 23.—DESCHAMPS L. Armando.— La resección del muñón cervical en las histerectomías subtotales.— Revista Médica Veracruzana.— Tomo XXX.— No. 10.— Págs. 2116 a 2119.— Veracruz, Veracruz, Octubre de 1950.—

DR. CONRADO ZUCKERMANN

BIBLIOGRAFIA EXTRANJERA.

(Por orden alfabético).

- 1.—ALDRIDGE Albert H. and MEREDITH Richard S.—Complete abdominal hysterectomy.— American Journal of Obstetrics and Gynecology.— Vol. 59 No. 4.— Págs. 748 a 759.— Abril de 1950.— San Luis Mis., E. U.
- 2.—ALVAREZ H. y C. TOBLER.—Histerectomía total y subtotal.— Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades.— Tomo XXI.— No. 3.— Págs. 269 a 282.— Septiembre de 1942.— Montevideo, Uruguay.
- 3.—AQUINO SALLES Alvaro de.—Indicações da histerectomia total.— Revista Brasileira de Cirurgia.— Vol. XVIII.— No. 10.— Págs. 73 a 102.— Octubre de 1949.—Rio de Janeiro, Brazil.
- 4.—ARAYA Rafael.—La menopausia en las histerectomizadas con conservación de anexos.— La Semana Médica.— Año XLV.— No. 5.— Págs. 227 a 231.— Febrero 3 de 1938.— Buenos Aires, Argentina.
- 5.—AROSTEGUI Gonzalo E. y RUIZ VALDES Abelardo.—Miomectomía.— Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.— Vol. X.— No. 3.— Págs. 75 a 83 Julio-septiembre de 1948.— La Habana, Cuba.
- 6.—AVERETT Leonard.— Vaginal Hysterectomy.— American Journal of Obstetrics and Gynecology.— Vol. 35.— No. 6.— Págs. 978 a 982.— Junio, 1938.— San Luis, Mis., E. U.
- 7.—AZEVEDO Moura y Dutra Licinio H.—Hysterectomy fúndica nos fibromyomas uterinos.— Sobreiro de la Revista de Obstetricia e Gynecologia de Sao Paulo.— Año III.— Fasc. V.—IV.— Febrero-Abril de 1939.— San Pablo, Brazil.
- 8.—BERNAL Héctor Enrique B.—Histerectomía total y fibromioma.— Medicina y Ciencias afines.— Nos. 1, 2 y 3.— Págs. 12 a 35, 46 a 72, 90 a 107 Marzo, Abril, Mayo de 1941.— Bogotá, Colombia.
- 9.—BLOCK Frank B.—Hysterectomy.— The American Journal of the Medical Sciences.— Vol. 218.— No. 6.— Págs. 683 a 699.— Diciembre, 1949.— Filadelfia, Pens. E. U.
- 10.—BREA César A.— La miometrectomía de Cirio.— Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica.— Año XVIII.— No. 149.— Págs. 618 a 623.— Septiembre de 1942.— Buenos Aires, Argentina.
- 11.—CASTALLO Mario A. and WAINER Amoss.—Length of the vaginal following abdominal hysterectomy, total and subtotal.— American Journal of Obstetrics and Gynecology.— Vol. 60.— No. 2.— Págs. 406 a 409.— Agosto de 1950.— San Luis Mis., E. U.
- 12.—CHUECO Alberto.—Procédé opératoire pour l'hystérectomie vaginale.— Gynecologie et Obstétrique.— Tomo XII.— No. 1.— Págs. 23 a 35.— Enero de 1925.— Paris, Francia.
- 13.—COLLINS Charles J.—An evaluation of 354 consecutive hysterectomies, performed at the Orange Memorial Hospital.— American Journal of Obstetrics and Gynecology.— Vol. 57.— No. 3.— Págs. 438 a 447.— Marzo de 1949.— San Luis Mis., E. U.

# COMENTARIO SOBRE HISTERECTOMÍA

- 14.—COTTE G. et PONTIUS R.—L'hystérectomie abdominale subtotale totalisée.—*Gynecologie et Obstetrique*.— Tomo XIX.— No. 5.— Págs. 354 a 359.— Mayo de 1929.— Paris, Francia.
- 15.—CURTIS William W.—SUCKOW Earl., and HUFFMAN John W.—Abdominal complete hysterectomy.—*American Journal of Obstetrics and Gynecology*.— Vol. 59.— No. 5.— Págs. 989 a 998.— Mayo de 1950.— San Luis Mis., E. U.
- 16.—DANFORTH W. C.—Vaginal hysterectomy.—*Surgery, Gynecology and Obstetrics*.— Vol. 76.— No. 4.— Págs. 411 a 415.— Abril, 1943.— Chicago Ill., E. U.
- 17.—FARRAR Lilian K. P.—Total abdominal hysterectomy.—*Surgery, Gynecology and Obstetrics*.— Vol. 60.— No. 4.— Págs. 827 a 839.— Abril de 1935.— Chicago, Ill., E. U.
- 18.—FOX Eduardo. A. El Injerto de endometrio como complemento de la histerectomía por mioma del útero.—*Obstetricia y Ginecología Latino Americana*.— Vol. I.— Año I.— No. 5.— Págs. 561 a 567.— Octubre de 1943.— Buenos Aires, Argentina.
- 19.—González Marmol Donato.—La histerocolpextomía total en el gran prolapso de la mujer anciana.—*Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.— Vol. XII.— No. 3.— Págs. 77 a 90.— Julio-septiembre de 1950.— Habana, Cuba.—
- 20.—HERNANDEZ D'EMPAIRE José.—La histerectomía por metro-anexitis en Maracaibo.— Folleto de 30 páginas.— Maracaibo, Venezuela, 1939.—
- 21.—KENNEDY James William and CAMPBELL Archibald Donald.— Vaginal hysterectomy.— Filadelfia, E. U. 1934.— (Libro de 505 páginas).
- 22.—LABEY Georges, FAYOT Robert et GUIHENEUC Oliver.—Technique de l'hystérectomie abdominale subtotale totalisée.—*Journal de Chirurgie*.— Tomo XXXIX.— No. 5.— Págs. 641 a 649.— Mayo de 1932.— Paris, Francia.
- 23.—LASH A. F.—A method for reducing the size of the uterus in vaginal hysterectomy.—*American Journal of Obstetrics and Gynecology*.— Vol. 42.— No. 3.— Págs. 452 a 459.— Septiembre de 1941.— San Luis Mis., E. U.
- 24.—LEVENTHAL Michael L., and LAZARUS Maurice L.—Total abdominal and vaginal hysterectomy, a comparison.—*American Journal of Obstetrics and Gynecology*.— Vol. 61.— No. 2.— Págs. 289 a 298.— Febrero de 1951.— San Luis Mis., E. U.
- 25.—LOPEZ MONTI Ricardo.—Histeromiomelectrectomía conservadora.—*Obstetricia y Ginecología Latino-Americanas*.— Año III.— Vol. III.— No. 7.— Págs. 562 a 566.— Julio de 1945.— Buenos Aires, Argentina.
- 26.—MARTZLOFF Karl H.—Routine abdominal panhysterectomy. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*.— Vol. 75.— No. 5.— Págs. 628 a 633.— Noviembre, 1942.— Chicago, Ill., E. U.
- 27.—MONJARDINO Jorge.—L'elevation de L'uterus par voie vaginale dans l'hystérectomie abdominale totale.—*Gynecologie et Obstetrique*.— Tomo XXI.— No. 4.— Págs. 366 a 369.— Abril de 1930.— Paris, Francia.
- 28.—MORAES Arnaldo de.—Indicacoes da histerectomia total nas afeccoes nao malignas do útero.—*Anais Brasileiros de Ginecologia*.— Año XV.— Vol. 30.— No. 2.—Págs. 119 a 128.— Agosto de 1950.— Rio de Janeiro Brazil.
- 29.—MULLER Franz e HAMERMESZ José.—Histerectomia total.—*Anais da Clinica*

- Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo.— Vol. III.— Págs. 91 a 100.— San Pablo, Brazil.— 1949.
- 30.—PALMER Raoul.—La technique d'Aldridge pour l'hysterectomie totale abdominale.— Revue Francaise de Gynecologie et D'obstetrique.— Año 46.— No. 5 - 6.— Págs. 169 a 174.— Mayo-Junio de 1951.— Paris, Francia.
  - 31.—PAVLOVSKY Alejandro J.—La histerectomia vaginal simple.— Sobre tiro de La Semana Médica.— 1935.— Buenos Aires, Argentina.
  - 32.—PELTIER DE QUEIROZ Alico.—Indicacao eletiva da histerectomia nos processos benignos.— Anais Brasileiros de Ginecologia.— Año XIII.— Vol. 25.— No. 1.— Págs. 17 a 32.— Enero de 1948.— Rio de Janeiro, Brazil.
  - 33.—PRATT Joseph Hyde, LEE Madison J., HASSKARL Walter F., and BRANDES Robert W.—Morbidity after total abdominal hysterectomy.— American Journal Obstetrics and Gynecology.— Vol.— 61.— No. 2.— Págs. 407 a 413.— Febrero de 1951.— San Luis Mis., E. U.
  - 34.—SEGUY Jean.—Fibroma uterino e histerectomia.— Le Monde Médical.— Año LIII.— No. 967.— Págs. 149 a 153.— Septiembre-octubre-noviembre de 1943.— Paris, Francia.
  - 35.—SILVA MOJICA Carlos R.—Histerectomia espontánea.— Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia.— Vol. 1.— No. 1.— Págs. 34 a 38.— Enero de 1950.— Bobotá, Colombia.
  - 36.—TAVARES DE SOUZA.—Histerectomia sub-total menoconservadora.— Annaes Brasileiros de Gynecologia.— Año IV.— Vol. VIII.— No. 2.— Págs. 101 a 111.— Agosto de 1939.— Rio de Janeiro Brazil.
  - 37.—WEBER Eric.—Histerectomias vaginais, totais e subtotais.— Arquivos de clinica Ginecológica.— Vol. II.— 1948.— Págs. 25 a 39.— Rio de Janeiro, Brazil.
  - 38.—WIART Pierre M.—Sur quelques point de la technique de l'hysterectomie abdominale totale pour fibroma ou salpingite.— Journal de Chirurgie.— Tomo XXXIII.— No. 6.— Págs. 769 a 780.— Junio de 1929.— Paris, Francia.
  - 39.—WALL John A., and KLINGENSMITH William.—The affect of hysterectomy on carcinoma of the cervix.— American Journal of Obstetrics and Gynecology.— Vol 59.— No. 4.— Págs. 901 a 905.— Abril de 1950.— San Luis Mis., E. U.
  - 40.—WILLSON Robert. J. and DALY Joseph M.—Changing indications for hysterectomy in the climacteric woman.— American Journal of Obstetrics and Gynecology.— Vol.— 60.— No. 5.— Págs. 1088 a 1100.— Noviembre de 1950.— San Luis, Mis., E. U.

## CIRUJANOS

### Cuadro Mínimo de Instalación y Organización Hospitalaria en el Brasil

Contribución al Tema Oficial por el invitado de honor Prof. Dr. Miguel López Esnaurrizar. 1er. Congreso Nacional del Capítulo Brasileiro del Colegio Internacional de Cirujanos. Sao Paulo, Brasil 26-30 sept. 1951.

*Consideraciones:* Teniendo en cuenta la importancia actual que tiene en Patología los trastornos de la vida simpática y hormonal y que se encuadra en lo que se ha designado Nueva Patología Funcional en la que la terapéutica está adquiriendo progresos de la mayor importancia.

Que el dolor es a veces el único síntoma y casi siempre el más importante y que no ha sido atendido de modo especial, siendo por lo tanto importante y urgente que forme parte del cuadro mínimo de hospitales.

Que se cuenta con la oportunidad de que simultáneamente al Congreso aparece el libro "Nueva Patología Funcional" por el autor de este trabajo, en el que se encuentra la metodología esencial a la que puede añadirse su colaboración animosa y desinteresada.

*Proposición:* La creación en todo Hospital de un Departamento de Patología Funcional o de simpaticoterapia y del dolor, llevando como fines esenciales:

El estudio y tratamiento del dolor y de los trastornos de la vida interna o simpática que incluye los debidos a trastorno del tono digestivo, el gobierno de las glándulas endócrinas y la troficidad de los tejidos.

Se cuidará que se haga la selección de casos que puedan ser beneficiados con el método de recuperación visceral para hacer su tratamiento especial.

*Organismo:* Constará de un médico Jefe, tres médicos ayudantes y dos practicantes que trabajarán en coordinación del personal médico de guardia, consulta externa y del hospital, de una madre y dos enfermeras. Los médicos ayudantes a más de llenar el servicio se encargarán de ramas especializadas elegidas por el jefe.

Un local con sala de estudio clínico y radiológico, archivo, sala aséptica o de cirugía menor, sala de preparación y reposo de enfermos y una de recibo y espera. Los equipos e instrumentos necesarios.

*Funcionamiento:* Todos los médicos del Hospital darán noticia oportuna de todos los casos de problemas dolorosos y de Patología Funcional. A su vez, los médicos del Departamento completarán ésta primera selección con visitas a las Salas. Se calificará la urgencia y posibilidad terapéutica para proceder de urgencia o en el caso de ratificación. Los tratamientos se efectuarán en el Departamento, salvo casos de razón clínica mayor. Se anexará al expediente clínico el tratamiento y observaciones y el departamento vigilará la evolución de cada caso. Se utilizará la colaboración de los demás departamentos y en particular la de los médicos.

*Miras científicas: y hospitalarias:* Hacer estudios, los más completos posibles a fin de conocer en cada caso todos los cambios funcionales viscerales, circulatorios, sensitivos y tróficos que se derivan, por tiempo ampliamente prolongado y en relación con el departamento de estadística. Publicar los trabajos parciales que se consideren de interés científico para presentarlos al II Congreso del Capítulo Brasileiro. Fortalecer el eslabón de unión entre la Medicina Interna que en general actúa con medicinas sobre todo el organismo, faltándole dirección y la Cirugía que en general actúa sobre la lesión macroscópica y se detiene ante la microscópica.

Se anexan a este trabajo una sinopsis de Patología Funcional, una lista de algunos padecimientos que la comprende y se propone la guía del "Nuevo Tratado de Patología Funcional" por el Autor de éste trabajo, Edición Uteha 1951, México.



## SECUELAS DE LAS TROMBOSIS VENOSAS POSTOPERATORIAS

(Discusión) Por el Prof. Dr. Miguel López Esnaurrizar (México).  
XIV Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía París 24-28 Sep  
1951.

Estamos de acuerdo en los hechos clínicos sostenidos por Gunnar Bauer pero sustentamos diversa doctrina cuyo conocimiento es importante porque de ella se derivan recursos terapéuticos y profilácticos muy eficaces.

Para nosotros: *Las trombosis venosas postoperatorias son debidas en su gran mayoría y fuera de las de origen séptico, a otra enfermedad anterior la esplenitis o simpatitis, producida accidentalmente por el traumatismo quirúrgico sobre el simpático.* Patogénicamente se explica por el aumento excesivo del tono vascular con disminución grave o paro circulatorio, trastornos distróficos y casi siempre dolor. Ello explica porqué la mayor parte de las trombosis venosas de este origen tengan localización sural, como lo observa el Dr. Bauer.

En consecuencia a la *trombosis precede una fase funcional, simpática*, que podría llamarse de incubación, durante la cual son lo más oportunas las medidas terapéuticas profilácticas, como la infiltración de sustancias simpaticotróficas. Notemos, en homenaje al Dr. Lorthioir, que él ha recomendado análoga medida profiláctica en los casos de traumatismos graves.

La trombosis constituida, el tratamiento se magnifica con el causal inmediato, el de la simpatitis, básicamente por infiltraciones con técnicas y farmacología que pueden conocerse en nuestro libro "Nueva Patología Funcional", Edición Uteha, 1951, México y que en ocasiones puede ser posible y necesario la flebectomía, cuando se trata de una vena menor y se encuentra en ella un foco secundario pero importante de simpatitis.

Para la enfermedad post-trombótica seguirá siendo el tratamiento de fondo el de la simpatitis completada con los tratamientos anatomopatológicos recomendados acertadamente por el Ponente Dr. Bauer.

DR. MIGUEL LÓPEZ ESNAURRÍZAR

## CIRUGIA DE SIMPATICO EN LAS ALTERACIONES VASCULARES DEL CEREBRO.

Por el Prof. M. LOPEZ ESNAURRIZAR (México).

(Contribución al tema en el XIV Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía. Paris 24-29 septiembre 1951).

Nosotros refrendamos el interesante y valioso trabajo del Ponente Dr. A. Sousa Pereira, cuyo tema es de gran actualidad, mereciendo por su elección la Sociedad Internacional de Cirugía, nuestra felicitación.

Nosotros tenemos también una serie de casos de recuperación encefálica por la vía del simpático, en los que, nueva doctrina nos proporciona explicaciones más científicas al mismo tiempo que nuevas vías terapéuticas. Los estudiosos podrán consultar nuestros trabajos principales sobre el simpático en los libros "Dolores Mortales —Algias, Espasmos y Ditrofías Esplánicas—", 1947 y "Nueva Patología Funcional" 1951. Ed. Uteha, México, pareciéndonos ahora oportuno hacer una síntesis ilustrativa. Como la doctrina y la clínica nos han llevado por rumbo distinto lo mostraremos telegráficamente.

*Simpatitis encefálica, irritación simpática o encefalitis simpática* es el síndrome constituido por la hiperfunción duradera del simpático y que aparece en padecimientos encefálicos y otras veces en padecimientos del simpático en sitios cercanos o aún distantes.

Etiología: los traumatismo encefálicos, los padecimientos arteriales encefálicos y las simpatitis generalizadas son los causantes mas frecuentes.

Patogenia: las funciones más importantes simpáticas son el gobierno del tono muscular, particularmente el vascular, y consecutivamente la nutrición cerebral y en fin la sensibilidad dolorosa. La simpatitis produce espasmos arteriales prolongados que cuando no se hace terapéutica adecuada y oportuna produce lesiones irreversibles. El simpático no actúa por reflejos sino que es un centro nervioso completo de situación universal y mayor paravertebralmente.

Sintomatología: la derivada de los territorios vasculares influidos; cuando es total el cuadro de la encefalitis; cuando es unilateral fenómenos hemiplégicos distintos, según el lado irritado; cuando son arterias menores, fenómenos de pares craneanos, enfalalgia o trastornos psíquicos.

Diagnóstico: los cuadros son de relativa fácil identificación y su confirmación logra rápida, inofensiva o terapéuticamente por la simpaticoterapia de la que el paso elemental es la novocainización del simpático cervical.

Tratamiento: es simpaticotrópico y simpaticotrófico al que llamamos simpaticoterapia y que consiste en protección y tratamiento anti-irritativo con algunas sustancias tales como la novocaína, el yoduro de sodio, vitamina E ó Bi, etc. etc. por vía paravertebral, carotídea, es-feno-palatina, retrocular, etc. sólo o combinadas según los casos.

Nota: la teoría convencional de la fisiología y fisiopatología del simpático bajo forma de reflejos debe desecharse como la doctrina que ha retardado más el progreso de la clínica del simpático.

Resumen y conclusiones: el Autor hace el esquema del síndrome de irritación simpática o simpatitis encefálica, se muestra contrario al mecanismo reflejo del simpático, da base científica y exploración a las observaciones de curaciones por infiltraciones simpáticas de novocaína y abre o amplía un campo terapéutico mayor.

# REVISTA DE PRENSA

AÑO XIX

Octubre 1951.

NUM. 10

## ENSAYO SOBRE LA TERAPIA ETIOLOGICA DE LOS GLAUCOMAS

Por el Dr. EMERICO SHULHOF.

Gaceta Clinico. Cient. II: 13. 115, 1951

"Se trata de un desequilibrio del sistema neurovegetativo, regulador de la circulación, intraocular, localizado en los ganglios ciliares y la coroides, perturbaciones de ese centro producen perturbaciones simpático-parasimpáticas que en general pueden ser provocadas por un trastorno humoral de orden **endócrino, metabólico, anafiláctico, o tóxico**, sin que existieran diferencias marcadas entre ellos. Más bien se confunden y mezclan entre sí."

"La enfermedad sólo puede sanarse por la suspensión del agente causal. Su terapia fué creada por el Dr. Manuel José Icaza y Dublán, y consiste en la aplicación retrobulbar de novocaina adrenalina.

La novocaina obra como anestésico rápido y seguro, bloquea los nervios sensibles y en pocos minutos suspende el dolor, además obra como antihistamínico y aumenta el efecto de la adrenalina. La adrenalina tiene efecto sobre los vasos pero difiere según el lugar donde obra. En las mucosas es vasoconstrictor aún en soluciones muy débiles, sin embargo, obra como vasodilatador poderoso en las coronarias y en los vasos cerebrales."

"Es importante notar que la flebitis ocular frecuentemente carece de síntomas clínicos y otras veces son sus principios pequeñas molestias, ligeros dolores o aumento del número de pulsaciones.

Las manifestaciones francas del flebitis ocular son un reflejo vasomotor impulsado de un segmento de la vena.

En el glaucoma flebitica fallan todos los mióticos y simpatotónicos, la inyección retrobulbar causa anestesia y regulariza la presión intraocular por un tiempo corto; es curioso observar que en ojos hipotónicos se aumenta la presión."

Comentario.—Nos parece muy interesante el concepto etiológico el que, transportado o arreglado a nuestra doctrina, lo explicaría por el camino de la simpatitis. La flebitis es una de las primeras lesiones anatomopatológicas. La terapéutica del Dr. Icaza nos parece a priori muy acertada y que podrá ampliarse y perfeccionarse si a la novocaina se añaden otras sustancias simpaticotróficas y a la vía retroocular otras de gran riqueza simpática, como el ganglio eseno-palatino los cervicales, etc.

M. L. E.

Asma.—Actualidad de Medical Times. 79:7,400 julio 1951.

En la etiología se revisan los factores de herencia, del síndrome general de adaptación de Selye, el edema y la hipersecreción bronquial y por último el "Desequili-

brio del sistema nervioso autónomo" "El papel exacto que juegan el vago y el simpático estimulando el aporte sanguíneo, la actividad glandular y la constricción bronquial muscular está deficientemente sentado. Mientras tanto los cirujanos han procedido por dos caminos: (1) inyecciones de alcohol en el ganglio estelar o en los ramos nerviosos dorsales simpáticos; (2) simpatectomía, ganglionectomía dorsal y métodos similares. La base teórica del tratamiento del asma por procedimientos que actúan sobre el sistema autónomo es la suposición de que el estado asmático es evidencia de desequilibrio local nervioso de los mecanismos reguladores. Algunos radiologistas han dado esta explicación por el efecto favorable de la roengenterapia en el asma".

Comentario.—Confiamos que la teoría del desequilibrio nervioso autónomo se confirme y corrija cuando a lo que llamó desequilibrio se comprenda como irritación simpática o simpatitis con origen no solo en los sitios citados sino en otros más de gran riqueza simpática, los que eventualmente pueden ser principales: plexo solar, medias, tímico, esfenopalatino, etc.

M. L. E.

Simpatectomía lumbar profiláctica en la enfermedad vascular periférica arterioesclerótica.—Woodhall y Creech. *The Am. Surg.* XVII:7, 649. julio 1951.

Discusión. Se ha establecido una medida terapéutica racional. Aún en los ancianos ha demostrado ser un seguro método y efectivo para aliviar síntomas molestos y en un porcentaje significativo de casos ha logrado salvar extremidades de otro modo condenadas a amputación. Ha sido regla hacer la simpatectomía solamente en el lado enfermo pero en vista de la naturaleza progresiva y simétrica de la arterioesclerosis obliterante, la simpatectomía bilateral aparece como el procedimiento de elección.

Comentario.—Nos aliamos al concepto clínico y coincidimos en la observación de resultados, con la diferencia de que basados en conceptos fisiopatológicos preferimos el método de infiltraciones simpáticas, especialmente para el caso las paravertebrales lumbares y siempre dobles o bilaterales porque no existe distribución unilateral exclusiva sino simplemente preferente.

M. L. E.

Valuación anatómica y clínica del dolor de cabeza atribuida al ganglio esfenopalatino.—Robert B. Lewy. *J. Lar. Otol.* 65:10. Lond. 1951.

No existe acuerdo en la hipótesis de relación. La anatomía y fisiología exacta del ganglio esfenopalatino y del nervio vidiano no se conoce. La observación clínica ha contribuido con pequeña información definitiva: creen que la neuralgia del vidiano no es posible. La cocainización de la región del ganglio esfenopalatino puede actuar solamente sobre el ramo maxilar del quinto par. El Autor acepta la opinión de Larsell y Fenton de que no se encuentra base anatómica para explicar el problema del dolor distante.

Comentario.—Nosotros hemos encontrado evidencias clínicas de casos de dolor de cabeza o de neuralgias calificadas como del trigémino fueron de origen simpático, especialmente esfenopalatino. La base anatómica existe, pero es histológica porque las celdillas simpáticas suelen ser muy largas, algunas hasta de 50 cms. (Mickailovich).

M. L. E.

REFLEJO CARDIO-ESPLACNICO.—Smith y Larkin.—Sout. Med. Jour. 44:5, 399. mayo 1951.

"Mucho de nuestro conocimiento de la anatomía y de la fisiología del sistema nervioso simpático ha sido establecido no por disección del laboratorio sino por las observaciones clínicas que siguen al bloqueo por procaina o a la sección quirúrgica de segmentos específicos."...

"Así el bloqueo químico o la excisión quirúrgica del ganglio estrellado izquierdo aliviará o quitará el dolor anginoso izquierdo en muchos casos."...

"Los anómalos reflejos cardio-esplácnicos se muestran como una de las avenidas para el tránsito del dolor torácico y abdominal superior."

COMENTARIO.—La primera afirmación que transcribimos en el primer párrafo nos parece tan evidente y tan vivida por nosotros al grado de que la misma guía clínica es la que nos ha permitido algunos descubrimientos sobre el mecanismo del dolor y el fundar nuestros métodos de recuperación visceral y glandular ya conocidos en el mundo entero y recopilados en nuestro libro "Nueva Patología Funcional" (Ed. Uthea 1951).

M. L. E.

LA PERIDUROGRAFIA.—Geile, Matera e Insausti.—Rev. Brasil de Cir. XXI:1, 33. enero 1951.

"Técnica de la peridurografía.—El paciente en posición sentado como para una punción lumbar. Anestesia local con novocaina al 1%, inyectada previamente entre L4 y L5 se introduce una aguja de punción lumbar simple de bisel corto o mejor la aguja de Gutiérrez para anestesia peridural. Es aconsejable avanzar con la aguja, tratando de reconocer todos los planos anatómicos (se le consigue mejor sosteniendo la aguja con los dedos pulgar e índice de ambas manos), después de pasar los ligamentos interespinales, normalmente a una profundidad de 3 ó 4 cms. se reconoce una resistencia dura; el ligamento amarillo. Aquí se aconseja retirar el mandril y llenar la aguja con novocaina o suero fisiológico hasta que aparezca en el agujero del pabellón de la aguja una gota. Se sigue introduciendo la aguja despaciosamente, bajo control visual, hasta que por la baja presión existente en el espacio peridural (9), se absorbe la gota, (signo de la gota o de Gutiérrez). Se coloca la jeringa y se aspira, sino sale el líquido se inyectan 2 cc. de novocaina al 1% que entran sin dificultad. Con esta inyección se desplaza la duramadre hacia adelante (el espacio peridural tiene normalmente 2mm. de ancho)."....

"Abrimos con la peridurografía lumbar, conjuntamente con otros autores, un nuevo camino para la exploración sistemática y el diagnóstico de los procesos de la columna lumbar y del conducto vertebral."

COMENTARIO.—El trabajo como método radiográfico nos parece interesante y digno de ser ensayado por los radiólogos y nosotros le encontramos la posibilidad de utilización de la vía como terapéutica auxiliar en casos determinados de esplenoterapia.

M. L. E.



## REVISTA DE PRENSA

### MUERTE OCURRIDA AL BLOQUEO DEL GANGLIO ESTELAR. — Pallia y Deutsch.—Ann. of Surg. 133:226. Febrero 1951.

Los autores hacen un intento para explicar el brusco paro cardiorespiratorio a paralización del vago con efecto sobre el corazón y centro respiratorio seguida de la incapacidad de estas estructuras para escapar de la influencia inhibitoria. La ejecución del bloqueo del ganglio estelar requiere el mayor conocimiento de la anatomía y de la neurofisiología y nunca debe ser visto como un procedimiento simple que puede ser ejecutado por inexperto.

COMENTARIO.—Aunque nosotros no hemos tenido ningún accidente mortal en más de un millar de bloqueos, muchos de ellos prolongados o extendidos a la cadena simpática dorsal, nuestro método pre-vertebral anterior, hemos tenido sin embargo dos accidentes, uno de ellos con paro respiratorio que se recuperó sencillamente con respiración artificial y oxígeno y otro que se inició pero que desapareció rápidamente cuando se interrumpió la inyección, observándose que a pesar de las más rigurosas precauciones la inyección estaba siéndose hecha intra-arterialmente. Como las arterias del cuello son muy móviles y resistentes pueden ofrecer resistencia duradera a la aguja y después de algunos minutos ceder y dejarse penetrar, provocando en estos casos accidentes que pueden ser mortales pero que se puede evitar con repetido control ejecutado por alternantes aspiraciones por la jeringa mientras se hace la inyección.

M. L. E.

### "COMPLETA REMISION CLINICA EN TROMBOANGELITIS OBLITERANTE DURANTE LA ABSTINENCIA DEL TABACO: RELACION DE UN CASO".—Gifford y Hines. Proc. of the Mayo Clinic. 13. 241, junio 20 1951.

SUMARIO.—Un caso de tromboangitis obliterante en el cual se obtuvo "cura clínica" de doce años como resultado de la prohibición del tabaco se refiere y discute. Si el efecto beneficioso es debido al paro del proceso patológico de las venas y de las arterias o solamente a un aumento de la circulación debida a la relajación de las arterias no dañadas, no se sabe. Que la abstinencia del tabaco es beneficiosa y debería formar la base de todo tratamiento en estos casos es algo no hipotético sino hecho bien establecido."

COMENTARIO.—Hay acuerdo general en observaciones de la acción del tabaco como excitante de las funciones simpáticas, tanto fisiológicamente y más evidentemente en los padecimientos en los que hay irritación (simpatitis). Sin embargo una vez que hemos encontrado causas mucho más importantes y profundas de estos padecimientos, el papel del tabaco toma un papel etiológico mucho más modesto. Hay muchos enfermos que nunca han hecho uso del tabaco y en los cuales la abstinencia no tiene caso. La tromboangitis obliterante es fase avanzada de la arteritis espasmódica y ésta, manifestación de simpatitis.

M. L. E.

**LAS PERTURBACIONES FUNCIONALES DEL DUODENO, EN LOS ESTADOS DISTONICOS DE LAS VIAS BILIARES.**—Por **P. Mallet-Guy, P. Blondet y J. Nefussy** (Lyon). Press. méd. 28:568, 25 de abril 1951

El estudio radiológico del duodeno en el curso de las distonías de las vías biliares han permitido el individualizar dos tipos funcionales bien distintos:

1o. En las **hipertonías**, el tránsito está acelerado, la morfología duodenal evoca la idea de una contractibilidad muscular exagerada; bulbo generalmente pequeño, contraído, con bordes irregulares, pudiendo dar la impresión de un bulbo ulceroso; mucosa del asa duodenal evocando una "duodenitis": calibre duodenal constante pero generalmente estrechado, peristaltismo y antiperistaltismo de una intensidad anormal.

2o. En las **hipotonías**, el tránsito es lento, y la impresión dominante es la de la distensión muscular: bulbo generalmente grueso, con bordes bien delimitados, pero sin forma amiboide. Asa duodenal de calibre generalmente en aumento hasta D3 donde se produce una éstasis con dilatación. Mucosa con gruesos pliegues sinuosos, muy espaciados (aspecto de despliegue de la mucosa en acordeón abierto).

Estos dos tipos esquemáticos, ayudan a diagnosticar, en el cuadro de las vesículas **de éstasi**, el sentido de la distonía que la colecistografía es a menudo incapaz de precisar. Estas modificaciones funcionales conjugadas del duodeno, dicen para terminar los autores, permiten igualmente el explicar algunos elementos del síndrome.

Relata con ilustración u caso de atonía que curó por medio de la esplanicectomía.

**COMENTARIO.**—Nos parece muy interesante el trabajo que confirma los resultados análogos que se obtienen generalmente y entre nosotros los que señala el Dr. Felipe Aceves. Por nuestra parte obtenemos resultados que nos parecen mejores por medio de nuestro método esplanoterápico, o de cirugía química tópica.

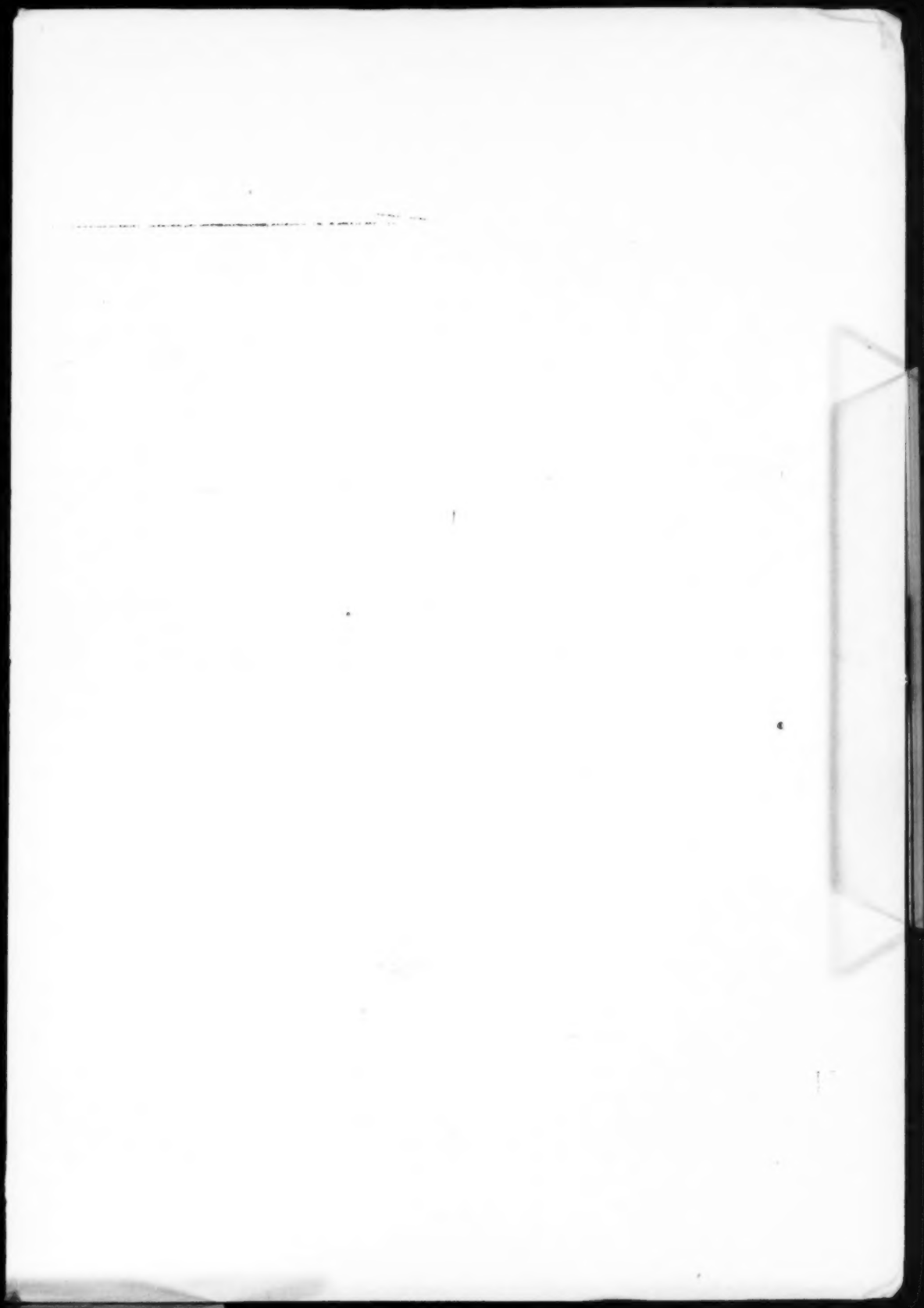
M. L. E.

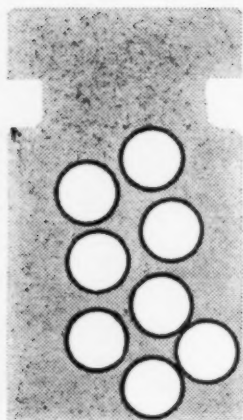
**EL CURARE EN CIRUGIA OCULAR.**—Por **José Barraquer Moner** (Barcelona). Press Méd. 28:1078, 25 de abril 1951.

El autor después de haber empleado el curare como complemento de la aquinesia local en la cirugía del polo anterior, aconseja su empleo de una forma sistemática como el único aquinesiante. Partiendo de éste hecho, puede uno pasarse de las inyecciones locales, incluso retro-oculares, fuente principal de las dificultades inherentes a la intervención. La instilación de cocaína es suficiente para suprimir el dolor en los ojos no inflamados. La aquinesia obtenida es muy superior, puesto que ella combate todas las causas que pueden ser una dificultad para la intervención.

El curare, empleado a dosis convenientes, se ha demostrado completamente inofensivo.

M. L. E.





**BACITRACINA**

**SULFADIMETILPYRIMIDINA**

**SULFATO DE  
DIHIDROESTREPTOMICINA**

Reg. No. 36200 S. S. A.

# SULFATRACINA

T A B L E T A S

## INDICACIONES

Diarreas infecciosas y parasitarias.  
Especialmente en las amigiasis, en las que se obtienen resultados terapéuticos tan brillantes que permiten considerar a la Sulfatracina como el medicamento de elección.

## DOSIS

**DOS TABLETAS** cada ocho horas, día y noche.

Reg. Prop. No. A 840/51-S. S. A.  
Literatura exclusiva para Médicos.

## FORMULA:

Cada tableta contiene:



Sulfadimetilpirimidina	0.100 g.
Sulfato de Dihidroestreptomina (Equivalente a 0.0737 g. de estreptomina base)	0.100 g.
Bacitracina	1.000 U.
Excipiente y colorante c b p.	0.350 g.

**CARLOS GROSSMAN, S. A.**

Sadi Carnot No. 86

Serafín Rendón 8

México, D. F.